uinzième année — 7 Janvier 1893

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

UX MEMBRES DU CONCOURS MÉDICAL

Vœux de nouvelle année.

Chers confrères :

Acceptez ces quelques lignes, comme carte e visite du Directeur du *Concours médical.* lles vous porteront ses vœux pour votre rospérité en 1893. Il souhaite que vos fatiues, physiques et morales, soient atténuées ar quelques-uns de ces rares succès qui, arfois, viennent récompenser le médecin, rsqu'il peut constater, d'une façon à peu rès sûre, qu'il a sauvé la vie d'un de ses alades, ou empêché, par une judicieuse inrvention, la propagation d'une épidémie et réservé, ainsi, quelques existences. Il a lors le sentiment de l'élévation de sa mison et ce sentiment lui permet de supporter plus allègrement les préoccupations, s déceptions qui sont l'apanage journalier 1 praticien.

Nous vous souhaitons une rémunéraon de vos peines suffisante pour subveir, avec quelque ampleur, aux besoins de ux dont vous êtes le soutien et nous désions aussi que vous puissiez distraire de otre budget annuel, les sommes nécessais pour prendre part aux œuvres de préoyance que notre Société a organisées et à lles qu'elle projette.

Nous désirons qu'il vous soit possible de rendre, cette année, les courtes vacances ie devrait pouvoir s'offrir tout médecin, ur se délasser de ses fatigues.

Nous souhaitons enfin avoir assez conquis otre confiance pour que vous entriez, sans aucune hésitation, désormais, dans les vues que nous vous exposons depuis quatorze années et que vous ne nous marchandiez pas votre appui indispensable pour ce que nous voulons faire cette année.

Nous vous offrons, aujourd'hui, pour cadeau de nouvel an, la *loi Chevandier* enfin définitive et la consécration légale des *Syndicats médicaux*.

Nous voudrions pouvoir, au 1er janvier 1894, vous présenter une autre offrande professionnelle, l'*Œuvre d'indemnité de maladie*, entre médecins.

Cette entreprise est en notre pouvoir ; mais elle exige, comme condition absolue, la collaboration de tous les membres du Concours, non pour y participer par leur souscription, quand les règlements en seront établis, mais pour préparer les bases de ses règlements.

Ces bases font absolument défaut, en France et en Europe. Les calculs ne peuvent reposer que sur des tables de morbidité et de mortalité médicales qui n'existent nulle part. Il vous est possible de nous en fournir les éléments en *répondant*, *d'une façon très exacte*, *aux questionnaires que nous allons vous adresser incessamment.* Il faut qu'aucun des membres du Concours ne s'abstienne, pour que nous puissions réussir et une fois armés de ces documents, nous pourrons rédiger les *statuts de l'indemnité de maladie*, sans aucune chance de déception.

A ce moment, nous provoquerons les adhésions et ceux d'entre vous qui ne voudront ou ne pourront devenir membres actifs de l'œuvre, auront au moins la satisfaction d'avoir aidé à son établissement.

La *caisse des pensions de retraite*, fondée par le *Concours médical*, possède, à ce jour, quatre cent mille francs de capital, et elle distribuera ses premières pensions l'année prochaine. Il ne faudrait qu'une année pour que l'œuvre d'indemnité de maladie puisse prodiguer ses bienfaits à ses adhérents.

Nous souhaitons ardemment que chacun réponde à notre modeste désir ; que personne ne s'abstienne. Alors l'année 1893 pourra, comme celle de 1892, vous apporter un précieux cadeau et accroître, ainsi, la série de nos organisations de bonne et féconde solidarité confraternelle.

Le Directeur: A. Cézilly.

LA SEMAINE MÉDICALE

Dernières recherches sur la fièvre typhoïde.

Dans une des dernières séances de l'Académie de Médecine, M. le Dr *Fournier*, d'Angoulême, a lu un intéressant rapport, dont les conclusions sont parfaitement nettes au sujet de la contagion de la fièvre typhoïde. Elles se résument à ceci : Toute eau polluée qui ne contient pas de bacilles d'Eberth, ne peut produire la fièvre typhoïde, si elle est ingérée par une personne saine. Le surmenage, les excès, les privations ne peuvent que préparer un terrain favorable, mais jamais une fièvre typhoïde réelle ; l'introduction du bacille dans le tube digestif est une condition « sine qua non ». Récemment encore, M. *Chantemesse* a fait de concluantes expériences au sujet de la virulence du bacille d'Eberth et des procédés d'atténuation. Nous en citerons les principales, en comparaison avec le rapport de M. Fournier. Elles sont fort intéressantes et fort pratiques :

1° On peut, par un procédé simple, exalter la virulence du bacille typhique inactif et déterminer avec lui, chez le cobaye, une septicémie rapidement mortelle.

2° Il est facile, par l'injection sous-cutanée de cultures typhiques stérilisées par l'ébullition, de donner aux animaux l'immunité contre le virus typhique.

3° Le bacille d'Eberth, dont la virulence est exaltée par le passage successif à travers le corps des animaux, provoque chez eux une infection typhique expérimentale caractérisée par la prolifération du microbe dans toute l'économie.

4° Les produits solubles de divers microbes commensaux habituels de l'homme (streptocoque, etc.), injectés aux animaux, favorisent l'infection par le bacille d'Eberth, même lorsque celui-ci est peu virulent. Leur action adjuvante joue un grand rôle dans l'étiologie de la fièvre typhoïde. Elle nous explique l'éclosion de la maladie sous l'effort de causes restées obscures dans leur mécanisme et qui, jusqu'ici, faute d'être déterminées avec précision, sont rangées sous la dénomination de spontanéité morbide.

5° Le sérum des animaux vaccinés par le

FEUILLETON

Sur les conditions de l'hygiène hospitalière en France (1),

Par M. le Dr H. Napias,
Inspecteur général des établissements de bienfaisance,
Membre du Comité consultatif d'hygiène publique.

Je vais essayer aujourd'hui de vous présenter le tableau peu consolant des conditions d'hygiène générale dans lequel se trouvent beaucoup d'hôpitaux et d'hospices.

Il existe en France environ 1,700 hôpitaux ou hospices administrés par 1,500 commissions administratives.

Plus de la moitié de ces hôpitaux sont, au point de vue de l'hygiène, dans des conditions absolument défectueuses. Cela tient d'abord à ce que les hôpitaux anciens ont été souvent installés dans des constructions qui n'avaient point été faites pour eux : couvent, abbayes, etc., et que les appropriations qu'on a essayé de faire avaient en vue généralement la facilité du service, les convenances du personnel, et non l'intérêt des malades.

Ceux qui ont été construits tout exprès et particulièrement les hôpitaux généraux qui s'élevèrent ou s'organisèrent en beaucoup de villes après l'édit de 1662 ont les mêmes défauts.

Nous sommes bien loin de cette époque, mais beaucoup d'établissements hospitaliers sont restés, comme les anciens hôpitaux généraux dont ils ont quelquefois gardé le nom, des *renfermeries* où toutes les infirmités et les misères humaines sont recueillies pour débarrasser la voie publique.

Vers la fin du xviiie siècle, et seulement alors comme nous l'avons établi, M. le Dr A.-J. Marti[n] et moi, dans le volume que nous publions en [ce] moment dans l'*Encyclopédie de médecine publique* d[e] notre collègue le Dr J. Rochard, on songea sérieu[se]sement que les établissements hospitaliers devaient pour atteindre le but qu'ils se proposent, rempl[ir] certaines conditions d'hygiène. Mais le progrè[s] dans les idées est bien loin de s'être traduit pa[r] les faits. On constate avec un douloureux étonne[]ment, qu'aujourd'hui encore, les discussions mémo[]rables de l'Académie de médecine en 1862 ; cell[e] de la Société de chirurgie, à la suite de l'importa[nt] mémoire de notre regretté collègue et ancien prési[]dent Ulysse Trélat ; celles de notre Société de m[é]decine publique, après le rapport magistral de [M.] Rochard, sont des faits absolument inconnus [de] l'immense majorité des personnes qui ont à s'o[c]cuper chez nous de l'administration des hôpitau[x] et hospices. Même les nombreuses circulaires mini[s]térielles sont pour eux comme non avenues, par[ce] qu'ils les ignorent.

Il ne semble pas que, de leur côté, les architect[es] qui ont à construire des établissements hospitalier[s] s'inspirent des principes posés par les hygiéniste[s] et il est fréquent qu'on présente à l'approbation [de] l'Administration supérieure, des projets d'hôpi[taux] dans des bâtiments doubles en profondeur, où .l[es] salles des malades ne sont éclairées que d'un se[ul] côté et parfois par une seule fenêtre à une ext[ré]mité, où les cabinets d'aisances, avec trou à la t[ur]que et tuyau de chute non siphonné, communique[nt] directement avec la salle, etc. Comment s'étonn[er] après cela des dispositions si mauvaises qu'[on] trouve dans les anciens établissements, où la vét[us]té et le délabrement ajoutent encore aux inconv[é]nients provenant de la construction !

Là, se rencontrent les plafonds à poutrelles, l[es] fenêtres insuffisantes et mal percées, les carrelag[es] défoncés, les murs dégradés, les lits anciens [...]

(1) Mémoire lu à la Société de médecine publique, dans sa séance du 26 octobre 1892.

produits solubles des cultures de bacilles d'Eberth possède des propriétés immunisantes contre l'action de ce virus. L'injection de ce sérum donne l'immunité au bout de quelques heures, mais cette action préventive est peu persistante et déjà elle est perdue au bout d'un mois.

6° Ce même sérum possède contre l'infection typhique expérimentale des propriétés curatrices. Ce pouvoir thérapeutique dépend de la dose de sérum utilisé et surtout du temps écoulé entre l'inoculation virulente et le début du traitement. Quand l'infection typhique évolue en 15 ou 20 heures, la séro-thérapie, qui n'intervient pas avant la 6e heure après l'infection, ne peut empêcher la mort.

7° Les animaux guéris d'une infection typhique par le sérum immunisant restent très sensibles, non pas au bacille d'Eberth, mais aux toxines sécrétées par lui.

8° Parfois le sérum des animaux sains présente des propriétés préventives et même thérapeutiques contre l'infection typhique expérimentale. Mais ces propriétés ont une action moins sûre et moins énergique que celle du sérum des animaux vaccinés.

9° Le sérum de l'homme qui est au déclin ou qui est guéri de la fièvre typhoïde depuis quelques semaines, depuis quelques mois, depuis 4 ans, depuis 22 ans, possède des propriétés préventives et thérapeutiques contre l'infection typhique expérimentale : 6 résultats positifs sur 6 recherches. Le sérum de l'homme qui n'a pas eu la fièvre typhoïde, quel que soit son âge, n'est pas, en général, doué du même pouvoir.

10° Dans deux cas, chez l'homme, la séro-thérapie, même à dose élevée, pratiquée au 11e et 13e jour de la maladie avec le sérum d'animal immunisé, n'a pas arrêté l'évolution morbide. Dans une infection à marche lente comme la dothiénentérie, où l'on pouvait espérer que le sérum inoculé aurait le temps d'agir, nous voyons que la méthode séro-thérapeutique n'a pas donné de résultats plus favorables que dans une maladie à évolution rapide comme le tétanos.

Quelques chiffres sur les médicaments qu'on prend par gouttes.

Une cuillerée à café d'eau pèse	4 gr.
Une cuillerée à soupe d'eau pèse	16 gr.
Une cuillerée à soupe de sirop pèse	24 gr.

20 gouttes des liquides suivants pèsent :

Eau distillée	1 »
Eau sucrée de 10 à 40 %	1 »
Sirop	1 »
Solutions : Strychnine, Atropine. — Nitrate d'argent. — Sulfate de zinc.	1 »
Acide chlorhydrique	1 »
— azotique	» 74
— sulfurique	» 71
Alcool à 86°	» 32
Ammoniaque	» 90
Ether sulfurique	» 22
Chloroforme	» 33
Laudanum, Sydenham et Rousseau	» 58

---

bois avec paillasses et lits de plume, ornés de rideaux rarement renouvelés, les murs encombrés de gravures, de tableaux, de statues, d'objets de piété, les armoires encombrantes, les bahuts anciens, les fauteuils disloqués, tout un matériel boiteux et défoncé avec des housses rapiécées et sales ; des tapis sur le sol faits de rognures de drap taillées en étoiles, contournées en corolle ou en oreilles, où se déploie l'ingéniosité des communautés, et où les poussières s'amassent comme dans de sûres retraites d'où rien ne peut plus les expulser. Dans ces salles, les fiévreux et les blessés sont mêlés, les malades se trouvent avec les infirmes et les vieillards, les adultes avec les enfants. Pas de pavillons et rarement des salles pour les contagieux. Pas de lavabos ou bien des lavabos insuffisants ; quelquefois pas même une baignoire. Encombrement sans excuses dans beaucoup d'établissements où se trouvent des écoles (des écoles auprès des malades, à bonne portée des contagions !), des orphelinats dont les enfants ne sont pas orphelines, des ouvroirs, des salles d'asile, un tas d'œuvres parasites qui prennent, avec les locaux occupés par le personnel de surveillance, la moitié des surfaces disponibles !

Voilà le tableau !

II

Dira-t-on que j'exagère ? Voici comme preuves à l'appui quelques notes prises au hasard dans mes carnets. Je remplace seulement le nom de la ville par une initiale.

A E... Dans les mêmes salles : malades, vieillards et enfants. Plafonds à poutrelles. La moitié des lits est en bois, l'autre moitié est en fer ; tous sont garnis de paillasses et ornés de rideaux. L'hôpital a été fondé en 1655 dans le local qu'il occupe encore aujourd'hui. Il n'y a pas de salles d'isolement, mais il existe un orphelinat et une école où les enfants de 15 ans savent à peine lire.

A Re..., dans les mêmes salles, fiévreux et blessés, malades et vieillards, contagieux et non contagieux. Les lits sont garnis de rideaux qu'on change une fois par an.

A Lu..., les plafonds sont à poutrelles, toutes les catégories d'hospitalisés sont confondues dans les salles ; toutefois, on a imaginé de placer les vieillards à un bout et les malades à l'autre. La place ne manquerait pas pour séparer les catégories, car on a prêté au bureau de bienfaisance un étage pour servir de dortoir à un orphelinat, œuvre privée d'ailleurs, qui n'a d'autre rapport avec le bureau de bienfaisance et l'hospice que celui-ci : qu'il prend tout le local du bureau et une partie de l'hospice pour se loger commodément et gratuitement. D'ailleurs, les salles de l'hospice ont un mobilier compliqué : tables sculptées vermoulues, horloges à gaines, autel décoré de fleurs en papier.

A T..., dans une grande ville où existe un hôpital et un hospice, celui-ci, installé près de l'hôpital, à côté de boyauderies, qui infectent l'air, est le dépotoir de toutes les misères du département. Il s'y trouve des épileptiques, des idiots, des gâteux, des déments séniles, des vieillards, des femmes en couches, des orphelines qui couchent dans des couloirs, faute de place.

Les plafonds des salles ont des poutrelles saillantes ; de même à l'hôpital, avec cette circonstance aggravante que ces poutrelles sont ornées et sculptées. Au milieu d'une salle de l'hôpital, se trouve un autel avec des statues capables de révolter le sentiment artistique le moins affiné, et des lys en papier qui sont là pour représenter la pureté, mais dont les corolles, largement ouvertes aux poussières, n'ont aucun droit à symboliser l'asepsie.

Dans cet hôpital, les vénériennes sont enfermées sous clef et sous fenêtres grillées, comme presque partout dans nos hôpitaux ; mais, ce qui est plus

Teinture de belladone.......... » 38
— de colchique.......... » 38
— de digitale.......... » 31

Ce tableau indique qu'il n'y a pas de rapport entre le poids des gouttes d'un liquide et sa densité, parce que ce poids varie avec les différences de cohésion. — Ceci mérite, dans la pratique, une certaine attention.

Emploi de l'eau chaude en thérapeutique

Parallèlement aux pratiques hydrothérapiques de Priessnitz et de Kneipp, qui emploient surtout l'eau froide, contre un grand nombre d'affections disparates, nous placerons les applications de l'eau chaude en thérapeutique et nous ferons remarquer qu'elles sont aussi nombreuses et aussi efficaces que celles de l'eau froide. A nos confrères de choisir ; ou plutôt, si l'on veut, on choisira suivant la saison et suivant les préférences du malade. — Nous rappellerons d'abord pour mémoire que, le meilleur traitement des hémorrhagies, est l'eau chaude à 50 degrés en injections.

La céphalalgie cède presque toujours à l'application simultanée d'eau chaude sur la nuque et sur les pieds.

Une serviette pliée, trempée dans l'eau chaude, tordue rapidement et appliquée sur l'estomac agit d'une manière presque magique contre les coliques.

Rien ne coupe plus rapidement court à une congestion pulmonaire, à une angine ou à un rhumatisme, que des applications bien faites d'eau chaude.

Une serviette pliée en plusieurs doubles, trempée dans l'eau chaude et tordue, puis appliquée sur la partie douloureuse, apporte un prompt soulagement aux maux de dents et aux névralgies.

Un morceau de flanelle imbibé d'eau chaude appliqué autour du cou d'un enfant atteint du croup, produit souvent un calme remarquable en cinq ou dix minutes. Ceci réussit toujours dans le faux croup, et il vaut mieux employer une éponge, comme le conseillait Trousseau.

L'eau chaude, prise à large dose une demi-heure avant de se coucher, est un bon remède contre la constipation ; le même traitement, continué pendant quelques mois, et associé à une diète appropriée, est aussi très utile pour la cure de beaucoup de dyspepsies.

On pourrait ajouter aussi qu'un des meilleurs moyens de calmer les douleurs gastriques et de précipiter la digestion est l'absorption d'une certaine quantité d'eau aussi chaude que possible, prise, par exemple, sous forme d'infusions *ad libitum*.

On fait ainsi un vrai lavage d'estomac dont on chasse le contenu dans l'intestin.

Contagion de la diphthérie.

La diphthérie, quoique déjà bien étudiée, depuis de nombreuses années, offre encore un champ d'observation immense rempli d'inconnues. La question de l'étiologie et de la conta-

---

curieux, c'est que les hommes vénériens ont aussi un quartier absolument verrouillé et grillé.

A M..., les salles ont leurs plafonds à poutrelles ; les lits sont en bois ; ils ont des sommiers rembourrés d'étoupes, *pour que les lames de fer n'abîment pas les matelas*. Les murs sont couverts de gravures encadrées. Dans une salle de vieillards, encombrée de meubles, de débarras de toutes sortes où l'on respire un air infect, on a imaginé de placer l'armoire qui contient l'arsenal de chirurgie.

Une partie des locaux est envahie par une école. Les enfants teigneux ne sont pas isolés des autres dans l'orphelinat. Il n'y a pas de lavabos. Il n'y a que deux baignoires pour tout l'établissement qui compte 100 lits. Les malades se baignent sur ordonnance du médecin, les vieillards jamais, les orphelines une fois l'an. — « Comme moi, disait la directrice de cet orphelinat. »

A Cav..., les salles sont carrelées, et le carrelage est en mauvais état ; les lits sont à rideaux, changés une fois l'an, garnis de paillasses. A un bout d'une des salles, il y a un autel avec un énorme Saint-Joseph enluminé, entouré de vases de fleurs et de flambeaux, et, en avant, un tronc de chêne pour les offrandes, pièce de menuiserie un peu fruste, massive, encombrante et si ancienne, qu'elle a tout l'air d'avoir été menuisée par saint Joseph lui-même. C'est dans cette salle si encombrée et si peu aseptique qu'on met les fiévreux, les blessés, les contagieux. Heureusement, les vieillards ont un hospice séparé un peu meilleur.

A D..., poutrelles saillantes ; rideaux aux lits qui sont garnis de paillasses et de matelas ou de lits de plume. Les salles, très étroites, ne sont éclairées et aérées que d'un côté. Il y a 2 baignoires en tout pour 99 lits que contient l'établissement.

C'est bien peu évidemment et c'est la proportion que j'ai déjà signalée à Mi... et qui se retrouve en beaucoup d'autres établissements ; c'est toujours mieux qu'à B... où il n'y en a pas du tout, ou qu'au petit hôpital de P..., où j'ai autrefois signalé l'existence d'une seule baignoire qui servait au jardinier pour serrer ses vêtements et les graines qu'il désirait préserver de l'humidité.

A P... l'hôpital est aussi très encombré ; on n'a pas trouvé la place de lavabos ; pourtant on loge des classes, un asile, un ouvroir externe.

Les mêmes dispositions, les mêmes lits défectueux se rencontrent à Ca..., à Bou..., à Dar..., à Lo..., à D..., à Saint-P..., à Be.., etc., etc. On pourrait indéfiniment allonger cette liste, on pourrait montrer en beaucoup d'autres endroits, cette confusion dans les mêmes salles de toutes les catégories d'hospitalisés. Souvent cela tient à la place prise par les services parasites : orphelinats, ouvroirs, écoles, asiles ; souvent aussi la place ne fait pas défaut, mais on trouve que ce mélange simplifie le service, et la convenance du personnel prime l'intérêt des malades.

Les médecins ne réclament pas ou ne réclament plus, lassés qu'ils sont d'avoir fait tant de demandes sans résultats ; et puis ils ont, dans les petits endroits, tant d'intérêts à ménager ! Il arrive même qu'ils approuvent cette promiscuité sous prétexte de simplification. C'est ce qui se passait à Car.., où, il est vrai, le médecin de l'hôpital avait 84 ans et le médecin-adjoint 79. C'étaient d'honorables confrères très zélés, disait-on, mais leurs connaissances en hygiène commençaient à dater un peu.

En plusieurs pays de l'étranger, les médecins montrent plus de souci pour l'hygiène des hôpitaux dont ils sont chargés et à l'administration desquels ils ont, assez souvent, plus de part. Ils se montrent radicaux en hygiène hospitalière et ne s'embarrassent pas de considérations ou de préjugés qui nous retiennent encore, particulièrement au point de vue de l'art. (*A suivre.*)

ion n'est pas encore fixée et tous les jours on it de nouvelles remarques d'un intérêt pratique onsidérable. Nous avons insisté sur les difficul-is du diagnostic des angines blanches, au point e vue du traitement et de la contagion possible ; n côté de la question mérite encore une sérieuse ttention, c'est celui de la durée nécessaire de isolement et de la désinfection du malade.

Dans le *Lyon médical,* M. G. *Lemoine* rapporte histoire de plusieurs cas de contagion de diph-hérie, l'un tendant à prouver la possibilité de la ontagion 63 jours après la guérison, les autres tablissant la contagion précoce avant même l'ap-arition chez l'enfant contagionnant de symp-ômes évidents de diphthérie.

Voici quelles conclusions M. Lemoine tire de es observations :

L'isolement doit être prolongé et on ne peut tre taxé d'exagération en disant que celui-ci oit être d'au moins trois mois, lorsqu'il s'agit de aire rentrer un enfant dans les écoles, ce milieu ropice par excellence au développement et à l'ex-nsion de la diphthérie.

Il est nécessaire aussi de continuer longtemps s lavages antiseptiques du nez et de la gorge u malade pendant et après la convalescence.

Malheureusement, dans la clientèle, il est bien ifficile d'imposer des pratiques aussi ennuyeu-es à des personnes qui n'en voient guère l'uti-té, puisque l'enfant est guéri.

M. Bard insiste sur la même question. Il est onvaincu que, dans nombre de cas, l'infection e produit en dehors du local ou du contact des têtements ; il voudrait que lorsqu'un médecin fait es recherches relatives à l'origine d'une épidé-ie diphthéritique, il s'attachât surtout à décou-rir le premier enfant atteint, qui est le véritable mportateur de la maladie, au lieu d'accuser le ocal de contenir des poussières suspectes, ainsi ue le fait a eu lieu il y a deux ou trois ans, à ropos d'une épidémie de groupe scolaire.

Il ne faut pas se borner à désinfecter les locaux, s linges et la literie ; il faut s'occuper un peu lus des personnes qui ont été en contact avec e malade, qui peuvent avoir eu des angines frus-s, et surtout du malade lui-même.

Dans la diphthérie, les cas de contagion par les as frustes ou légers, et par les convalescents, araissent beaucoup plus fréquents que les cas e contagion directe, parce qu'on prend beau-oup de précautions vis-à-vis d'un malade et u'on n'en prend aucune vis-à-vis d'un convales-ent.

Pour répondre au désir exprimé par plu-ieurs de nos lecteurs, et en raison de l'impos-ibilité où nous nous trouvons d'analyser dans a Semaine Médicale, tous les articles impor-ants parus dans chaque période hebdomadaire, ous nous proposons de faire dans chaque uméro un petit index bibliographique des rticles les plus importants au point de vue ratique.

N. D. L. R.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

Opinion de M. Lawson Tait sur la péritonite et sa prophylaxie.

Dans une communication faite récemment à la « Harveian Society », l'éminent chirurgien anglais Lawson Tait a résumé à grands traits ses idées sur la péritonite traumatique et son traitement. Quoique ses vues pathologiques ne soient guère partagées que par un nombre restreint de ses confrères, elles sont, ce me semble, d'un grand intérêt. Il en est de même de sa méthode de traitement de la péritonite.

I. *Les fonctions du péritoine.*

Après le cerveau dit-il, je suis disposé à considérer le péritoine comme l'organe le plus important du corps. Notez que tous les grands organes qui sont supposés avoir des fonctions essentielles à la nutrition, et presque tous les organes excréteurs (excepté le pancréas), sont en rapport intime avec lui. Notez ses replis nombreux, sa vascularité, ses stomates, l'abondance de ses filets nerveux, tout nous porte à lui attribuer une fonction importante dans l'économie.

J'attire aussi l'attention sur un fait intéressant, dont on ne fait guère mention que dans les livres d'anatomie, c'est que les petites veines qui contiennent le sang provenant de l'estomac, des intestins, etc., circulent sous la couche épithéliale du péritoine, et de cette manière, sont exposées à l'influence de toutes les affections qui peuvent y survenir. De plus, ce sang se rend au foie par la veine porte, et y subit certaines modifications, avant d'être oxydé.

Quoiqu'en conséquence de recherches faites sur les animaux, on ait attribué certaines fonctions importantes à la bile, les résultats observés après l'opération de la cholécystotomie(avec fistule biliaire) me semblent prouver que la bile n'est pas essentielle à la digestion ; et le seul fait bien établi, selon moi, c'est, qu'en excès, elle agit comme un laxatif.

La présence d'une certaine quantité de bile dans l'estomac arrête sa fonction ; sa sécrétion n'est ni augmentée, ni diminuée par les médicaments ; elle n'empêche pas la décomposition du chyme ; — ce sont encore quelques faits que j'accepte concernant la bile.

II. *Les causes de la péritonite.*

Quant aux théories de la péritonite qui ont été en vogue jusqu'ici, je les repousse toutes. Me basant sur les données anatomiques que j'ai esquissées plus haut, je ne puis accepter la théorie microbienne ; aucune hypothèse fondée sur les résultats de la décomposition d'infusions dans le laboratoire de pathologie, ne me fait comprendre la péritonite telle qu'elle se présente à mes yeux presque chaque jour.

III. *L'influence nerveuse dans l'inflammation.*

A mon sens, aucune théorie de l'inflammation ne pourra suffire à expliquer tous les phénomènes qui en résultent, si elle ne tient pas compte de l'action nerveuse. Selon le mode de la distribution nerveuse, le procédé inflammatoire varie ; et l'extrême rapidité de la péritonite doit dépendre, surtout si l'on considère les phénomènes de la période initiale, des effets

produits sur le riche plexus nerveux du péritoine.

Nous n'avons qu'à contempler la facies d'un malade atteint de péritonite, de douze heures de durée seulement, avant même que la douleur soit très aiguë, pour nous assurer que l'affection nerveuse prédomine, et fait plus pour tuer le malade que l'invasion des microbes.

IV. *La péritonite septique.*

J'admets son existence dans la péritonite consécutive à la métrite puerpérale suppurative, dans la péritonite consécutive à la gangrène du pédicule après l'ovariotomie. Mais, je n'admets pas qu'on puisse diagnostiquer une péritonite d'origine septique, en se basant seulement sur les signes objectifs de la maladie, ou sur les résultats de l'autopsie ; il faut aussi considérer son étiologie, c'est-à-dire les circonstances dans lesquelles elle survient. Ce terme « septique » est devenu un vrai danger dans la pratique de notre art, et constamment, il me semble, opposer une barrière au progrès de nos connaissances.

V. *L'épiploon. Ses fonctions.*

Voilà une des curiosités, une des questions du péritoine. Il y a un flux et un reflux dans le péritoine, j'en suis persuadé, quoique j'ignore les secrets de ses marées, et je suis disposé à en considérer l'épiploon comme l'arbitre.

Dans certains cas d'ascite due au papillome péritonéal, il est possible de faire paraître ou disparaître l'épanchement en laissant le malade se lever, ou en le gardant au lit ; mais si l'épiploon est lésé, ceci n'est pas possible.

La laparotomie avec lavage du péritoine amène souvent la guérison dans ces cas (surtout si l'on prend soin de faire la toilette de l'épiploon). L'épiploon a donc probablement une fonction importante. Rappelons ici le fait que le système veineux de l'épiploon se joint aux autres systèmes des organes digestifs pour se vider dans la veine porte.

VI. *Le lavage du péritoine.*

J'arrive aux causes de l'évolution de mes idées concernant la péritonite. En 1878, nous avons abandonné l'usage du serre-nœud, et le traitement extra-péritonéal du pédicule après l'ovariotomie a été supprimé. La mortalité commença alors à diminuer. Plus tard, vint le second stade de notre évolution ; le Dr Bantock et moi-même protestons contre la paracentèse ovarienne.

Pendant les années suivantes je fus appelé auprès de bien des malades qui avaient subi la paracentèse ; les malades moururent en grand nombre ; ils moururent, je soupçonne aussi à cause du lavage à l'éponge ; j'eus donc recours à l'irrigation, et malgré l'opposition que je rencontrai, je poursuivis cette méthode de traitement, persuadé que mes cas guérissaient ; si bien qu'aujourd'hui je ne désespère d'aucun cas, pourvu que l'hémorrhagie soit arrêtée et le péritoine bien lavé et drainé. Lorsque j'entends dire par quelques-uns qu'ils n'ont jamais occasion de laver et de drainer le péritoine, je conclus simplement qu'ils perdent certains cas que je sauve, et qu'ils attribuent leurs mauvais résultats au tout-puissant microbe.

Dans les cas de papillome du péritoine, auqu j'ai déjà fait allusion, mon traitement est le ne toyage de la cavité intra-péritonéale après avoi retiré l'épanchement ; je ne me soucie guèr d'exclure les germes et pourtant c'est une opé ration que je considère sans risque. J'ai vu trè peu de décès dans des centaines de cas ; pas u je crois, due à l'opération ; et certainement j n'ai pas vu comme complication la péritonite ai guë.

VII. *L'origine nerveuse de la péritonite.*

De même que l'inflammation dans la patte d la grenouille, que l'on nous montre dans le la boratoire, nécessite une irritation ou excitatio quelconque, de même je prétends que dans l péritonite consécutive aux opérations sur l'abdo men et aux accidents, il y a comme point de dé part une excitation des nerfs. C'est le mo ment de dire que je n'admets aucun raisonne ment qui n'est pas basé sur les observation faites sur le péritoine, ou pendant la vie, o après la mort ; le hasard survient si souvent qu l'expérience seule doit nous guider.

VIII. *Les symptômes de la péritonite.*

Ils sont nombreux ; mais aucun par lui-mê m n'est affirmatif.

J'insiste sur les suivants :

1° *La température ; le pouls.*

La température peut souvent nous trompe Je me rappelle un cas où il s'agissait simple ment d'introduire un morceau de sulfate d zinc dans l'utérus, manœuvre que je répétai pour la 10e ou 12e fois. La malade se plaign beaucoup de douleur à la suite et fut alitée : e présence d'une température normale et d'u pouls tranquille, je ne pus me résoudre à croi au danger. Mais elle mourut le 10e jour, et l'autopsie nous trouvâmes près d'un demi-lit de pus dans le péritoine. Au contraire, la temp rature s'élève souvent à 40° ou plus, et le pou à 160 ou 200 par minute, et la malade guéri Je ne vous recommande pas de briser vos the momètres, mais n'y prêtez pas trop foi.

2° *L'altération du facies.*

Il y a deux signes qui doivent toujours nou rendre anxieux, quoiqu'ils ne dénotent pas to jours la péritonite ; je veux dire l'altération d facies et le météorisme. L'altération du faci n'est pas toujours un bon guide chez les pe sonnes qui n'endurent pas bien la douleur, o qui sont facilement alarmées ; l'opium, d'un aut côté, masque la douleur, et son administratio efface souvent un signe de grande valeur. L douleur en général coïncide avec l'apparition d la maladie, c'est donc un signe précoce de da ger. J'aime beaucoup mieux donner une injectio sous-cutanée de morphine dans ces cas ; ce q ne favorise pas la constipation et me laisse l champ libre pour un remède de la plus grand efficacité — la purgation.

L'altération de la face que je crains le plus e celle qui exprime, non pas tant la douleur, ma l'anxiété, surtout lorsqu'elle est accompagné d'une tendance à bavarder et à poser des que tions. Si la malade reste tranquille et ne par que peu, elle est à peu près sûre de guérir ;

elle bavarde constamment, elle est à peu près sûre de mourir.

3° *Le météorisme.*

Voilà le symptôme que je crains le plus ; c'est celui que mes assistants et mes garde-malades doivent toujours observer. Je n'ai jamais vu la péritonite fatale sans météorisme. Je n'ai jamais prétendu, quoi qu'on en a dit, que la distension de l'intestin, après une opération sur l'abdomen, signifie la péritonite. Mais comme tous les cas de péritonite présentent ce symptôme, ma devise est « obsta principiis », et mon remède empirique réussit bien souvent ; et la mortalité de la péritonite a diminué proportionnellement au résultat du traitement par la purgation. Selon mes principes, je ne suis pas justifié de dire que la péritonite existait dans ces cas, et qu'elle a été guérie par la purgation ; mais quand je vois des cas présentant tous les symptômes de la péritonite, et que ces mêmes symptômes disparaissent lorsque la purgation réussit et d'un autre côté, quand je vois des cas pareils (sous le rapport des symptômes), où la purgation n'a pas réussi, mourir, et présenter à l'autopsie les lésions de la péritonite, je suis fortement disposé à raisonner « post hoc ergo propter hoc » et à croire que les premiers avaient la péritonite et ont guéri.

Je puis me tromper, mais ce que je sais, c'est que si nous observons le météorisme nous purgeons, si nous réussissons à purger, la malade guérit ; sinon, elle meurt. Donc, tout au moins, nous prévenons la péritonite.

IX. *La cause de la mort dans la péritonite.*

Ici je suis ramené vers mes croyances physiologiques à propos du péritoine, et je dis de suite que la cause de la mort dans la péritonite c'est le trouble dans le flux et le reflux du courant séreux du péritoine, accompagné de trouble dans les fonctions du foie.

Un symptôme très important de la péritonite, c'est le vomissement ; les matières vomies sont d'abord muqueuses, puis jaunâtres ; bientôt elles sont fortement colorées par la bile ; ici la malade peut guérir et le vomissement disparaît ; mais dans les cas à terminaison fatale, le vomissement porracé se produit, la distension du ventre augmente, et il y a constipation complète. Tel est le cours de la maladie dans la plupart des cas après la laparotomie ; la chute du météorisme a lieu vers la fin du 2° jour et la terminaison fatale le 4° ou 5° jour ; de sorte que depuis bien des années je considère le soir du 4° jour comme le moment critique chez mes malades.

Quels sont les signes frappants à l'autopsie d'un cas de péritonite traumatique aiguë ? L'absence de la bile, les stomates du péritoine exagérées et remplies de cellules. Si j'ignorais le tableau clinique de la maladie, je dirais que les apparences à l'autopsie dénotent un arrêt du courant intra-péritonéal et la paralysie de la couche musculaire des intestins. Cette dernière explique le météorisme ; en faveur de l'hypothèse d'un arrêt du courant intra-péritonéal j'invoque les faits que dans les cas aigus le péritoine est sec, et la quantité de bile rejetée du foie considérable ; cette augmentation, selon moi, étant causée par l'arrêt du courant intra-péritonéal.

Je recommande à ceux qui désirent faire des recherches plus approfondies sur ce sujet l'examen microscopique attentif du tissu du foie.

X. *Pronostic dans la péritonite.*

Sur plus de 3.000 cas de laparotomies (mes opérations), la mortalité s'élève à 8 0/0, due en général à la péritonite. J'ai été appelé bien des fois en consultation auprès des cas de péritonite à terminaison fatale. Une grande proportion de mes malades, selon moi, ont guéri de la péritonite consécutive à l'opération. J'ai donc vu, j'en suis convaincu, plus de 1,000 cas de cette grave maladie, et si l'on me demande quel est le facteur le plus important à considérer, le plus important en faveur du malade, je dirai c'est le temps.

Si tous les symptômes sont prononcés dès le 4° jours après l'opération, la terminaison sera sûrement fatale ; s'ils durent jusqu'au 6° jour ou plus tard, la probabilité de la guérison augmente en proportion géométrique. Il ne faut pas se fier au traitement de la péritonite ; il faut en prévenir l'apparition. Mon objet est d'obtenir le contrôle de l'action péristaltique de l'intestin, avant le stade de la stase sanguine. Que ma théorie soit correcte ou non, ma pratique me donne des résultats fort satisfaisants.

XI. *La prophylaxie de la péritonite.*

Il y a longtemps que j'ai abandonné l'opium ; d'abord il tend à arrêter les mouvements de l'intestin, et ensuite il masque la condition réelle du malade. Une injection sous-cutanée de morphine, pour calmer la douleur et combattre l'affaiblissement, est tout ce que mes malades reçoivent, et encore pas le plus grand nombre.

Une incision, si petite qu'elle soit dans le péritoine, donne lieu à une soif intolérable, et c'est un symptôme que l'on croit devoir traiter. Ma pratique était d'abord de donner les liquides, la glace ; mais voilà longtemps qu'elle a changé sous ce rapport. Mon expérience m'a appris que la soif est une indication que le traumatisme du péritoine a dérangé le mécanisme de son flux et de son reflux, et moins on donne de liquide, mieux on réussit à les rétablir. En général, je défends toute boisson pendant 48 heures après l'opération, et depuis que je suis cette méthode, je n'ai eu qu'à m'en féliciter, car le vomissement tant à craindre ne se présente que rarement à mon observation.

Si le vomissement survient le 3° ou 4° jour, ou plus tard, je défends toute nourriture quelconque (même l'eau) pendant au moins 12 heures. Je n'ai aucune foi dans les remèdes qui sont vantés pour le vomissement ; et tant qu'il y a de la bile dans l'estomac, rien n'y est digéré. Prenez toujours soin d'examiner les matières vomies ; il m'est arrivé souvent de découvrir de cette manière que mes malades avaient été nourries en cachette par des parents ou des amis mal avisés. Mes efforts sont dirigés principalement vers l'intestin, et je préfère les lavements de savon et de térébenthine. Mes garde-malades sont tenues à observer attentivement le pouls, la température, la tension du ventre et le passage du vent par l'anus. Si le lavement ne suffit pas, je donne un purgatif salin (poudre de

sedlitz), répété s'il y a nécessité dans 4 heures. Quelquefois je donne 1/3 gramme de calomel. Si le météorisme augmente, il n'y a pas de temps à perdre, il faut faire évacuer l'intestin et je ne tolère aucun autre traitement en attendant. Je n'ai jamais prétendu que la purgation guérisse la péritonite, car la péritonite déclarée est presque toujours fatale; mais étant donné un certain nombre de cas qui tendent vers la péritonite, si vous les assujettissez au traitement laxatif, le nombre de ceux qui aboutiront à la péritonite est minime, comparé avec le nombre de ceux qui n'ont subi aucun traitement, ou un traitement tout autre que celui que j'ai indiqué.

Lorsque je suis appelé auprès d'un cas de péritonite prononcée, je recommande ce traitement dans l'espoir qu'il pourra triompher, mais en général il est trop tard. La malade est alors presque toujours sous l'influence de l'opium qu'on lui a administré pour calmer la douleur, et qui empêche complètement la purgation.

Conclusion.

Le résultat de mon expérience est que le traitement purgatif de la péritonite, ou de la péritonite menaçante, si on le commence de bonne heure, est autant de temps de gagné en faveur du malade.

Dr Macevoy.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La Brochure : *l'Honnêteté professionnelle*, du Dr Perron.

Notre regretté confrère avait publié ses articles en feuilletons, dans le *Concours*. Lorsque cette publication fut complète, nous proposâmes à M. Perron d'en faire une brochure ; mais notre ami était, selon la coutume médicale, moins riche en fonds qu'en bonnes et belles œuvres. Alors nous fîmes avec lui la convention suivante : Le *Concours* éditera et publiera à ses frais votre brochure. Il rentrera sur le produit dans ses frais; puis il vous créditera de l'excédent pour la publication d'un autre travail. Malheureusement la maladie et la mort ont arrêté notre beau projet, dont auraient bénéficié nos lecteurs. Nous avons donc versé à Mme Ve Perron l'excédent, désormais inutile, de la vente de la brochure. Il nous en reste encore un certain nombre. *Mme Perron* a voulu que ce que produiront ces dernières soit versé à une des œuvres du Concours, la *Société de protection des victimes du devoir médical*.

Désormais, vu le nombre restreint des brochures, le prix de 1 fr. sera élevé à 1.50, à cause de la destination spéciale de la somme à recueillir. Les médecins qui en feront la demande s'associeront ainsi au témoignage que Mme Perron veut rendre à la mémoire de son excellent mari.

Loi Chevandier sur l'exercice de la Médecine.

Extrait du Journal officiel du 1er décembre 1892.

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE PREMIER

CONDITIONS DE L'EXERCICE DE LA MÉDECINE.

Article premier. — Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat. (Facultés, Ecoles de plein exercice et Ecoles préparatoires réorganisées conformément aux règlements rendus après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique).

Les inscriptions précédant les deux premiers examens probatoires pourront être prises et les deux premiers examens probatoires subis dans une Ecole préparatoire réorganisée comme il est dit ci-dessus.

TITRE II

CONDITIONS DE L'EXERCICE DE LA PROFESSION DE DENTISTE

Art. 2. — Nul ne peut exercer la profession de dentiste s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste. Le diplôme de chirurgien-dentiste sera délivré par le gouvernement français à la suite d'études organisées suivant un règlement rendu après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique et d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat.

TITRE III

CONDITIONS DE L'EXERCICE DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME.

Art. 3. — Les sages-femmes ne peuvent pratiquer l'art des accouchements que si elles sont munies d'un diplôme de 1re ou de 2e classe délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant une Faculté de médecine, une Ecole de plein exercice ou une Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de l'Etat.

Un arrêté pris après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique déterminera les conditions de scolarité et le programme applicables aux élèves sages-femmes.

Les sages-femmes de 1re et de 2e classe continueront à exercer leur profession dans les conditions antérieures.

Art. 4.— Il est interdit aux sages-femmes d'employer des instruments. Dans les cas d'accouchement laborieux, elles feront appeler un docteur en médecine ou un officier de santé.

Il leur est également interdit de prescrire des médicaments, sauf le cas prévu par le décret du 23 juin 1873 et par les décrets qui pourraient être rendus dans les mêmes conditions, après avis de l'Académie de médecine.

Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations et les revaccinations antivarioliques.

TITRE IV

CONDITIONS COMMUNES A L'EXERCICE DE LA MÉDECINE, DE L'ART DENTAIRE ET DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME.

Art. 5. — Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes diplômés à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne pourront exercer leur pro-

fession en France qu'à la condition d'y avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine, de dentiste ou de sage-femme, et en se conformant aux dispositions prévues par les articles précédents.

Des dispenses de scolarité et d'examens pourront être accordées par le ministre, conformément à un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique. En aucun cas, les dispenses accordées pour l'obtention du doctorat ne pourront porter sur plus de trois épreuves.

Art. 6. — Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours et munis de douze inscriptions, et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée, peuvent être autorisés à exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé.

Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois ; elle est renouvelable dans les mêmes conditions.

Art. 7. — Les étudiants étrangers qui postulent soit le diplôme de docteur en médecine visé à l'article premier de la présente loi, soit le diplôme de chirurgien-dentiste visé à l'article 2, et les élèves de nationalité étrangère qui postulent le diplôme de sage-femme de 1re ou de 2e classe visé à l'article 3, sont soumis aux mêmes règles de scolarité et d'examens que les étudiants français.

Toutefois, il pourra leur être accordé, en vue de l'instruction dans les Facultés et Ecoles de médecine, soit l'équivalence des diplômes ou certificats obtenus par eux à l'étranger, soit la dispense des grades français requis pour cette inscription, ainsi que des dispenses partielles de scolarité correspondant à la durée des études faites par eux à l'étranger.

Art. 8. — Le grade de docteur en chirurgie est et demeure aboli.

Art. 9.— Les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes sont tenus, dans le mois qui suit leur établissement, de faire enregistrer, sans frais, leur titre à la préfecture ou à la sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de leur arrondissement.

Le fait de porter son domicile dans un autre département oblige à un nouvel enregistrement du titre dans le même délai.

Ceux ou celles qui, n'exerçant plus depuis deux ans, veulent se livrer à l'exercice de leur profession, doivent faire enregistrer leur titre dans les mêmes conditions.

Il est interdit d'exercer sous un pseudonyme les professions ci-dessus, sous la peine édictée à l'article 18.

Art. 10. — Il est établi chaque année dans les départements, par les soins des préfets et de l'autorité judiciaire, des listes distinctes portant les noms et prénoms, la résidence, la date et la provenance du diplôme des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes visés par la présente loi.

Ces listes sont affichées chaque année dans le mois de janvier, dans toutes les communes du département. Des copies certifiées en sont transmises aux ministres de l'intérieur, de l'Instruction publique et de la justice.

La statistique du personnel médical existant en France et aux colonies est dressée tous les ans par les soins du ministre de l'intérieur.

Art 11. — L'article 2272 du Code civil est modifié ainsi qu'il suit :

« L'action des huissiers, pour le salaire des actes qu'ils signifient.... » (le reste comme au Code).

Ajouter à l'article le paragraphe suivant :

« L'action des médecins, chirurgiens, chirurgiens » dentistes, sages-femmes et pharmaciens, pour leurs » visites, opérations et médicaments se prescrit par « deux ans. »

Art. 12. — L'article 2101 du Code civil, relatif aux privilèges généraux sur les meubles, est modifié ainsi qu'il suit dans son paragraphe 3 :

« Les frais quelconques de la dernière maladie, quelle qu'en ait été la terminaison, concurremment entre ceux à qui ils sont dus. »

Art. 13. — A partir de l'application de la présente loi, les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes jouiront du droit de se constituer en associations syndicales, dans les conditions de la loi du 21 mars 1884, pour la défense de leurs intérêts professionnels, à l'égard de toutes personnes autres que l'Etat, les départements et les communes.

Art. 14. — Les fonctions de médecins experts près les tribunaux ne peuvent être remplies que par des docteurs en médecine français.

Un règlement d'administration publique revisera les tarifs du décret du 18 juin 1811, en ce qui touche les honoraires, vacations, frais de transport et de séjour des médecins.

Le même règlement déterminera les conditions suivant lesquelles pourra être conféré le titre d'expert devant les tribunaux.

Art. 15. — Tout docteur, officier de santé ou sage-femme est tenu de faire à l'autorité publique, son diagnostic établi, la déclaration des cas de maladies épidémiques tombées sous son observation et visées dans le paragraphe suivant.

La liste des maladies épidémiques, dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel, sera dressée par arrêté du ministre de l'intérieur, après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France. Le même arrêté fixera le mode de déclaration desdites maladies.

TITRE V

EXERCICE ILLÉGAL. — PÉNALITÉS

Art. 16. — Exerce illégalement la médecine :

1° Toute personne qui, non munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, ou n'étant pas dans les conditions stipulées aux articles 6, 29 et 32 de la présente loi, prend part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, ainsi qu'à la pratique de l'art dentaire et des accouchements, sauf les cas d'urgence avérée ;

2° Toute sage-femme qui sort des limites fixées à l'exercice de sa profession par l'article 4 de la présente loi ;

3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi.

Les dispositions du paragraphe 1er du présent article ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qui agissent comme aides d'un docteur ou que celui-ci place auprès de ses malades, ni aux gardes-malades, ni aux personnes qui, sans prendre le titre de chirurgien-dentiste, opèrent accidentellement l'extraction des dents.

Art. 17. — Les infractions prévues et punies par la présente loi seront poursuivies devant la juridiction correctionnelle.

En ce qui concerne spécialement l'exercice illégal de la médecine, de l'art dentaire ou de la pratique des accouchements, les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les associations de médecins régulièrement constituées, les syndicats visés dans l'article 13 pourront en saisir les tribunaux par voie de citation directe donnée dans les termes de l'article 182 du Code d'instruction criminelle, sans préjudice de la faculté de se porter, s'il y a lieu, partie civile dans toute poursuite de ces délits intentée par le ministère public.

Art. 18. — Quiconque exerce illégalement la médecine est puni d'une amende de 100 à 500 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 500 à 1,000 francs et d'un emprisonnement de six jours à six mois ou de l'une de ces deux peines seulement.

L'exercice illégal de l'art dentaire est puni d'une amende de 50 à 100 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 100 à 500 fr.

L'exercice illégal de l'art des accouchements est puni d'une amende de 50 à 100 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 100 à 500 francs et d'un

emprisonnement de six jours à un mois ou de l'une de ces deux peines seulement.

Art. 19. — L'exercice illégal de la médecine ou de l'art dentaire, avec usurpation du titre de docteur ou d'officier de santé, est puni d'une amende de 1,000 à 2,000 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 2,000 à 3,000 francs et d'un emprisonnement de six mois à un an ou de l'une de ces deux peines seulement.

L'usurpation du titre de dentiste sera punie d'une amende de 100 à 500 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 500 à 1,000 francs et d'un emprisonnement de six jours à un mois ou de l'une de ces deux peines seulement.

L'usurpation du titre de sage-femme sera punie d'une amende de 100 à 500 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 500 à 1,000 francs et d'un emprisonnement de un mois à deux mois ou de l'une de ces deux peines seulement.

Art. 20. — Est considéré comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine quiconque, se livrant à l'exercice de la médecine, fait précéder ou suivre son nom du titre de docteur en médecine sans en indiquer l'origiue étrangère. Il sera puni d'une amende de 100 à 200 francs.

Art. 21. — Le docteur en médecine ou l'officier de santé qui n'aurait pas fait la déclaratiou prescrite par l'article 15 sera puni d'une amende de 50 à 200 francs,

Art. 22. — Quiconque exerce la médecine, l'art dentaire ou l'art des accouchements sans avoir fait enregistrer son diplôme dans les délais et conditions fixés à l'article 9 de la présente loi, est puni d'une amende de 25 à 100 francs.

Art. 23. — Tout docteur en médecine est tenu de déférer aux réquisitions de la justice, sous les peines portées à l'article précédent.

Art. 24. — Il n'y a récidive qu'autant que l'agent du délit relevé a été, dans les cinq ans qui précèdent ce délit, condamné pour une infraction de qualification identique.

Art. 25. — La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de leur profession peuvent être prononcées par les cours et tribunaux accessoirement à la peine principale contre tout médecin, officier de santé, dentiste ou sage-femme, qui est condamné :

1° A une peine afflictive et infamante ;

2° A une peine correctionnelle prononcée pour crime de faux, pour vol et escroquerie, pour crimes ou délits prévus par les articles 316, 317, 331, 332, 334 et 345 du Code pénal ;

3° A une peine correctionnelle prononcée par une cour d'assises pour les faits qualifiés crimes par la loi.

En cas de condamnation prononcée à l'étranger pour un des crimes et délits ci-dessus spécifiés, le coupable pourra également, à la requête du ministère public, être frappé, par les tribunaux français, de suspension temporaire ou d'incapacité absolue de l'exercice de sa profession.

Les aspirants ou aspirantes aux diplômes de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien-dentiste et de sage-femme condamnés à l'une des peines énumérées aux paragraphes 1, 2 et 3 du présent article, peuvent être exclus des établissements d'enseignement supérieur.

La peine de l'exclusion sera prononcée dans les conditions prévues par la loi du 27 février 1880.

En aucun cas, les crimes et délits politiques ne pourront entraîner la suspension temporaire ou l'incapacité absolue d'exercer les professions visées au présent article, ni l'exclusion des établissements d'enseignement médical.

Art. 26. — L'exercice de leur profession par les personnes contre lesquelles a été prononcée la suspension temporaire ou l'incapacité absolue, dans les conditions spécifiées à l'article précédent, tombe sous le coup des articles 17, 18, 19, 20 et 21 de la présente loi.

Art. 27. — L'article 463 du Code pénal est applicable aux infractions prévues par la présente loi.

TITRE VI

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Art. 28. — Les médecins et sages-femmes venus d l'étranger, autorisés à exercer leur profession ava l'application de la présente loi, continueront à jou de cette autorisation dans les conditions où elle le a été donnée.

Art. 29. — Les officiers de santé reçus antérieure ment à l'application de la présente loi, et ceux reçu dans les conditions déterminées par l'article 31 ci après, auront le droit d'exercer la médecine et l'a dentaire sur tout le territoire de la République.

Ils seront soumis à toutes les obligations imposée par la loi aux docteurs en médecine.

Art. 30. — Un règlement délibéré en Conseil supé rieur de l'instruction publique déterminera les condi tions dans lesquelles : 1° un officier de santé pourr obtenir le grade de docteur en médecine ; 2° un dentist qui bénéficie des dispositions transitoires ci-aprè pourra obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste.

Art. 31. — Les élèves qui, au moment de l'applica tion de la présente loi, auront pris leur première ins cription pour l'officiat de santé, pourront continue leurs études médicales et obtenir le diplôme d'offici de santé.

Art. 32. — Le droit d'exercer l'art dentaire est main tenu à tout dentiste justifiant qu'il est inscrit au rôl des patentes au 1er janvier 1892.

Les dentistes se trouvant dans les conditions indi quées au paragraphe précédent n'auront le droit d pratiquer l'anesthésie qu'avec l'assistance d'un docteu ou d'un officier de santé.

Les dentistes qui contreviendront aux dispositions du paragraphe précédent tomberont sous le coup des peines portées au deuxième paragraphe de l'article 19

Art. 33. — Le droit de continuer l'exercice de leu profession est maintenu aux sages-femmes de 1re classe et de 2e classe, reçues en vertu des articles 30, 31 et 32 de la loi du 19 ventôse an XI, ou des décrets e arrêtés ministériels ultérieurs.

Art. 34. — La présente loi ne sera exécutoire qu'un an après sa promulgation.

Art. 35. — Des règlements d'administration publi que détermineront les conditions d'application de la présente loi à l'Algérie et aux colonies et fixeront les dispositions transitoires ou spéciales qu'il sera nécessaire d'édicter ou de maintenir.

Un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique déterminera les épreuves qu'auront à subir pour obtenir le titre de docteur les jeunes gens des colonies françaises ayant subi les cours d'une Ecole de médecine existant dans une colonie.

Art. 36. — Sont et demeurent abrogés à partir du moment où la présente loi sera exécutoire, la loi du 19 ventôse an XI, et généralement toutes les dispositions de lois et règlements contraires à la présente loi.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 30 novembre 1892.

CARNOT.

Par le Président de la République :

Le président du conseil, ministre de l'intérieur,
ÉMILE LOUBET.

Le garde des sceaux, ministre de la justice et des cultes,
L. RICARD.

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,
LÉON BOURGEOIS.

Le ministre des affaires étrangères,
RIBOT.

BULLETIN DES SYNDICATS

Réunion du Bureau de l'Union des Syndicats

La première réunion du Bureau de l'Union aura lieu le dimanche 15 janvier prochain, à heures de l'après-midi. A cette occasion, nous croyons utile de donner la composition du nouveau Bureau :

Présidents d'honneur :

Dr Gibert, du Havre ;
Dr Chevandier, sénateur ;
Pr Cornil, sénateur ;
M. Trarieux, sénateur.

Président :

Dr Porson, 2, place Saint-Pierre, à Nantes.

Vice-présidents :

Dr Cézilly ;
Dr Jubiot, 39, cours du Chapitre, à Marseille ;
Dr Cellier, à Laval ;
Dr Pouillot, à Poitiers.

Secrétaire-général :

Dr Hervouët, 50, rue de Turenne, Paris.

Secrétaires-adjoints :

Dr Luneau, 64, rue de la Bastille, Nantes ;
Dr Lécuyer, à Beaurieux (Aisne).

Trésorier :

Dr Maurat, à Chantilly.

Anciens présidents, faisant de droit partie du Bureau :

Dr Dupuy, de l'Aisne ;
Dr Barat-Dulaurier, à Saint-Antoine sur l'Isle (Gironde).
Dr Mignen, à Montaigu (Vendée).
Dr de Fourmestreaux, à Versailles.

Parmi les questions que le Bureau aura à traiter dans cette réunion, se place au premier rang la question de l'Exercice de la médecine civile par les médecins militaires, qui est entrée dans une phase aiguë, en plusieurs endroits. Les présidents des Syndicats médicaux, adhérents ou non, sont instamment invités à envoyer les documents qu'ils pourraient avoir, concernant cette question, au Président ou au Secrétaire général, d'ici le 15 janvier. Et les Syndicats, directement intéressés, sont priés de ne tenter aucune démarche isolée, mais d'attendre patiemment la décision du Bureau, qui, représentant tous les Syndicats adhérents, a l'autorité nécessaire pour intervenir, s'il y a lieu.

Omission au compte rendu de la séance de l'Union des Syndicats. — On a omis, par inadvertance, dans la liste des Syndicats régulièrement représentés, celui de la vallée du Rhône, dont le représentant, le Dr Courjon, de Meyzieu (Isère), assistait à la séance et au banquet.

REPORTAGE MÉDICAL

Une note donnant les noms des médecins, membres du Concours, promus dans la Légion d'honneur à l'occasion du 1er janvier, n'étant pas parvenue à l'imprimerie, nous ne citerons aujourd'hui que la nomination de M. le Docteur Gibert, médecin au Havre, comme officier de la Légion d'honneur.

— *Réforme des études médicales.*— La question des études médicales, proposée par M. Bourgeois aux diverses Facultés de France, est venue ces jours derniers en discussion à la Faculté de médecine de Paris.

L'assemblée des professeurs a émis le vœu que la limite d'âge imposée par la loi militaire fût reculée à vingt-sept ans au lieu de vingt-six.

Sur la question des études classiques, elle a, après un discours du Dr Bouchard sur l'importance qu'il y a pour les médecins de se maintenir au niveau intellectuel et moral élevé qu'ils occupent actuellement, elle a décidé, contrairement aux propositions de la commission, que les études classiques devaient rester telles quelles.

— Depuis quelque temps, on a adopté pour le traitement d'un grand nombre de maladies, la méthode des injections sous-cutanées. Dans les hôpitaux, dans certaines cliniques, dans leurs visites de tous les jours, des confrères de plus en plus nombreux sont amenés à faire des injections de gaïacol, de créosote, de liquide testiculaire, de substance grise etc., etc., et à constater sur leurs malades les effets favorables de ce nouveau mode de traitement. Mais c'est surtout dans son application à la tuberculose que la méthode nouvelle a révélé sa puissance, et tous ceux qui ont été à même d'observer les résultats obtenus par le Dr Pignol, à l'Hôtel-Dieu, ont pu constater son efficacité.

Malheureusement, le traitement de cette terrible maladie est long et coûteux ; et si ceux qui sont en état de supporter les frais en ressentent les effets bienfaisants et salutaires, il y a toute une catégorie de malades pauvres, parmi lesquels elle exerce les plus funestes ravages, qui ne peuvent en profiter eu égard à leurs faibles ressources et au peu de temps dont ils peuvent disposer.

Dans le but de faire participer les pauvres comme les riches aux bienfaits de la nouvelle méthode et de combattre la maladie partout où elle se présente, le Dr *de Chateaubourg* a fondé, 5, *rue de la Banque, l'Institut médical hypodermique* où ne sont admis que les malades pauvres adressés par les médecins ou les Sociétés de bienfaisance. Ces malades doivent se présenter régulièrement à l'Institut et, comme on a leur adresse et qu'un visiteur attaché à l'établissement doit se rendre compte de leur situation, on prévient les abus et on évite ainsi de soigner gratuitement des malades en état de pouvoir payer leur médecin.

L'Institut médical hypodermique, principalement fondé pour donner des soins aux tuberculeux pauvres, admet aussi les malades atteints de *diabète, d'ataxie*, de neurasthénie, etc., etc., qui se trouvent dans les mêmes conditions de pauvreté et pour lesquels les injections de liquide organique sont indiquées.

Les injections qui sont le plus habituellement employées à l'Institut de la rue de la Banque pour le traitement de la tuberculose sont celles de gaïacol avec ou sans adjonction d'iodoforme et d'eucalyptol selon les indications. Les résultats obtenus à la suite de plus de trois mille piqûres faites sur 80 malades sont les suivants :

Les forces, l'appétit, le sommeil reviennent rapidement, la toux cesse, les expectorations diminuent et, ce qui est capital au point de vue de la transmission de la maladie, les *bacilles disparaissent des crachats en même temps que les autres microbes.* On n'a jamais eu d'abcès à constater à la suite des piqûres. Le seul inconvénient sérieux de la méthode était la réaction fébrile survenant environ deux heures après l'injection. Le Dr de Chateaubourg est parvenu à supprimer ce phénomène, très pénible chez certains malades, en injectant, en même temps que la solution de gaïacol, *un gramme d'antipyrine*

dissous dans deux centimètres cubes d'eau distillée stérilisée. L'induration au point où se font les injections a toujours été d'un bon pronostic, et tous les malades qui ont présenté ce phénomène ont éprouvé une grande amélioration de leur état. Sur plus de 80 malades traités par lui depuis quelques mois, il n'a jamais vu la réaction se produire au 1er degré ou dans les cas d'anémie et de chlorose suspecte.

L'Institut médical hypodermique possède un Laboratoire pour l'analyse bactériologique des expectorations.

En créant l'Institut médical hypodermique le Dr de Chateaubourg a donc eu pour but :

1° De soulager les seuls malades *véritablement pauvres* en leur donnant des soins quotidiens et gratuits ;

2° De combattre *la tuberculose* en traitant par les méthodes nouvelles toutes les anémies suspectes qui ne sont trop souvent que les prodromes de la phtisie et que guérissent les injections de gaïacol ;

3° D'être utile à ses confrères en leur permettant d'expérimenter chez leurs clients pauvres les nouvelles méthodes par injections sous-cutanées.

Il sera toujours heureux de recevoir ceux d'entre eux qui désireraient se rendre compte par eux-mêmes des résultats obtenus à l'Institut non seulement dans le traitement de la tuberculose, mais encore dans celui du diabète pour lequel les injections de liquide organique paraissent efficaces.

— Dans la *Pratique médicale*, notre collègue *Baratoux* raconte que devant lui et quelques confrères, au *Syndicat médical de la Seine*, une personne raconta qu'elle avait passé, sept fois, le baccalauréat ès sciences restreint et deux fois, même, avant l'âge exigé par la loi.

Nous avons, dans le temps, réclamé, qu'on exige, au moment de la délivrance du diplôme de docteur, de l'impétrant, la production du casier judiciaire, pour éviter l'octroi du diplôme aux personnes condamnées à des peines infamantes.

M. Baratoux fait observer que la production d'une carte d'identité, au moment de chaque examen, empêcherait le fait, à peine croyable, qu'il signale. Nous espérons que le *Doyen* va prendre en considération l'urgence qu'il y aurait à adopter les deux mesures proposées.

— *Recours contre une décision du ministre de la guerre.* — M. Pioche, étudiant en médecine, et soldat au 21e régiment d'infanterie, avait été renvoyé dans ses foyers à la suite d'une dispense accordée par le conseil de revision. Le ministre de la guerre ayant annulé cette décision et ordonné que l'étudiant dispensé fût retenu sous les drapeaux, pour terminer ses trois ans de service actif, celui-ci a formé un recours pour excès de pouvoir, demandant en outre que, jusqu'à ce qu'il ait été statué sur le fond, il soit sursis à l'exécution de la décision ministérielle, qui pourrait lui causer un préjudice irréparable.

Le Conseil d'Etat, malgré l'avis contraire du ministre, a fait droit à cette dernière demande, en attendant qu'il ait été statué sur le recours formé.

— *Empoisonnement d'un médecin à la prison de Beauvais.* — Au mois de septembre dernier, le Dr Lesage, médecin de la prison de Beauvais, subit un commencement d'empoisonnement dans les circonstances suivantes : les prisonniers étant en proie depuis quelques jours à des malaises divers, le Dr Lesage voulut goûter à leur boisson faite avec de l'extrait de feuilles de noyer ; il versa une demi-cuillerée à café d'extrait dans un verre de limonade, et absorba ce mélange. Au bout de quelques minutes, des symptômes d'empoisonnement par la belladone se déclaraient. Heureusement il n'y eut pas de suites sérieuses.

Le pharmacien, chargé de fournir l'extrait de feuilles de noyer, était absent le jour où la fourniture avait été faite, et c'est son élève qui avait fourni, par erreur, de l'extrait de belladone. Il n'en a pa[s] moins été condamné à six jours de prison et 1[0] francs d'amende, avec application de la loi Bérenger.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3772. — M. le Dr Parat, à Ballancourt (Seine-et-Oise), membre du Syndicat de Corbeil.

N° 3773. — M. le Dr Droubaix, à Suresnes (Seine) présenté par M. le Directeur.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ECOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4,

A TITRE D'ÉTRENNES, la Société d'Edition[s] Scientifiques offre à MM. les membres du *Concour[s] médical* qui adresseront un mandat avant le premie[r] février les livres de luxe suivants avec une réductio[n] de cinquante pour cent :

1° **Nos grands médecins d'aujourd'hui,** préface d[e] Maurice de Fleury, par le Dr H. BIANCHON. Cin[q] francs *franco* au lieu de 10 fr.
Cette prime de 50 % ne sera accordée que jusqu'à l[a] fin du mois de janvier.

2° BOULANGIER (Edgar). — **Voyages en Sibérie,** 1 ma[-]gnifique vol. in-8 jésus de 400 pages, avec 100 gra[-]vures sur bois, cartes et plans. Broché **3** fr. **75** a[u] lieu de **7** fr. **50** ; cartonné, **5** fr. franco au lieu d[e] **10** fr.

3° HARMAND (Jules). — **L'Inde** de John Strachey, pré[-]face et traduction de Jules HARMAND, ministre pléni[-]potentiaire. Magnifique in-8 avec carte en couleurs **5** fr. franco au lieu de **10** fr.

4° DESCHAMPS (Emile), chargé de mission scientifiqu[e] par le ministre de l'Instruction publique. — **Au pay[s] des Veddas.** Ceyland, (Carnet d'un voyageur). In-[8] de 500 pages avec 116 figures, d'après les croquis e[t] photographies de l'auteur et une carte. **3** fr. **75** ne[t] franco, au lieu de **7** fr. **50**.

NOTA. — Ces trois derniers livres de voyages peu[-]vent être lus par tout le monde et être offerts mêm[e] aux demoiselles. Passé le premier février les prix ordi[-]naires seront maintenus.

LAURENT (Dr). — **Les maladies des prisonniers.** Etud[e] d'hygiène pénitentiaire, in-8 carré de 130 pages, ave[c] figures. **4** fr.
On y trouve, entre autres documents, un tablea[u] très précis et très réaliste de *La vie d'un détenu en cel[-]lule*, avec deux dessins de cellules. *Actualité.*

DROUET (Dr Henry), ancien interne des hôpitaux de Pa[-]ris et de la maternité de l'hôpital Beaujon. — **De l[a] valeur et des effets du lait bouilli** dans l'allaite[-]ment artificiel. *Ouvrage couronné par l'Académie d[e] médecine.* In-8 de 136 pages : **3** fr.

BOUDAILLE (Dr H.), lauréat de la Société française d'hy[-]giène. — **Catéchisme des premiers soins à don[-]ner en cas d'accidents avant l'arrivée du méd[e]cin.** Cet ouvrage est publié sous le patronage de l[a] Société de sauvetage. 1 volume in-8 carré, 85 pag[es] avec 45 figures, cartonné : **1** fr.
Tel est le titre d'un élégant et précieux petit volume. L'auteur y a condensé en quelques pages les notion[s] indispensables à toute personne appelée à porter se[-]cours. Illustré de nombreuses figures, complété pa[r] un tableau des principaux empoisonnements et d[e] leur traitement, nous le considérons comme le guid[e] le plus simple et le plus clair. Son prix modique per[-]met à chacun de le posséder.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année N° 2 14 Janvier 1893

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

M. le Dr *Chevandier* a succombé le 9 janvier, dans sa 71e année, aux fatigues de son incessant labeur. Né en 1822, à Serres (Hautes-Alpes), il s'établit, dès sa réception au doctorat, à Die (Drôme), où il se fit, sous l'empire, connaître par ses opinions républicaines. Ses compatriotes l'envoyèrent à la Chambre, où il jouit toute sa vie d'une considération absolue et d'une influence due à ses travaux parlementaires (Liberté des funérailles, Reboisement des montagnes, Revision de la législation médicale) et à une probité à l'abri de toute compromission. Il aurait continué, au Sénat, à nous prêter le puissant appui de son nom respecté et de sa parole chaude et persuasive. Il nous l'avait promis récemment.

Tous les membres du Concours médical, dont il faisait partie, et des Syndicats médicaux, se joindront au *Conseil de Direction* de notre Société et au *Bureau de l'Union des Syndicats*, pour exprimer à son fils, le Docteur Paul Chevandier, continuateur de l'œuvre paternelle et à Mesdames Chevandier, l'hommage de leurs sincères regrets pour la perte irréparable qu'ils ont faite. Ils les prient d'agréer l'expression de leur reconnaissance et de celle de tous les médecins français, pour l'homme de bien qu'ils ont perdu, pour le législateur dont le souvenir sera marqué parmi ceux qui ont bien mérité de la France et du Gouvernement de la République.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le 70e anniversaire de M. Pasteur.

Quoiqu'un peu tardif, notre compte rendu de la grande cérémonie du 27 décembre 1892 n'en est pas moins un sincère hommage de respectueuse affection de toute la Société du Concours médical pour le grand Français, qui a su conserver si pure jusqu'ici l'auréole de gloire dont toutes les nations l'ont couronné. M. Pasteur n'a jamais eu pour guide que l'honneur et la science et c'est vraiment lui qui mérite le titre de grand Français au témoignage unanime de toute l'Europe. L'Allemagne elle-même, notre envieuse rivale, avait ses représentants à la solennité du 27 décembre, à la Sorbonne. Après les discours de M. le Ministre de l'Instruction publique, de M. le président de l'Académie des sciences, d'Abbadie, de M. Bertrand, de M. Bergeron, de M. Sauton, président du Conseil municipal de Paris, du Maire de Dôle, etc., les délégués des principales villes d'Europe, de Cologne, de Berlin même, sont venus féliciter M. Pasteur de ses admirables et fécondes découvertes. Le grand chirurgien Lister a tenu à exprimer personnellement la profonde vénération que lui inspire ce vieillard de génie dont les travaux ont révolutionné la chirurgie et la médecine et qui a déjà rendu de si immenses services à l'humanité.

M. Pasteur, très ému de tant de gloire, a fait lire par son fils un discours de remercîment plein de sagesse et de modestie que nous regrettons de ne pouvoir reproduire ici. C'est sur cette belle apothéose de la science française que s'est terminée l'année mouvementée de 1892.

Les adieux de M. Péan.

Un autre savant, moins universel, moins glorieux que M. Pasteur, derrière lequel il se range d'ailleurs lui-même, vient aussi d'avoir un petit

triomphe, plus local, à l'occasion de sa retraite: c'est l'éminent chirurgien de Saint-Louis, le Dr Péan. Le 24 décembre 1892, il a, dans une leçon d'adieux, exposé brièvement sa vie médicale et les principales innovations que lui doit la chirurgie française.

Il suffit de citer l'ovariotomie qu'il a, l'un des premiers, pratiquée et fait accepter en France, l'hémostase par pincement, le morcellement des tumeurs, le traitement des suppurations des kystes de l'abdomen, l'ablation des tumeurs du bassin par la voie vaginale, etc.

Inutile d'ajouter que des applaudissements prolongés ont accueilli cette conférence.

Traitement de la Tuberculose pulmonaire par les Injections interstitielles de chlorure de zinc.

M. le Dr *Comby* vient d'essayer récemment d'appliquer la méthode sclérogène antituberculeuse de M. Lannelongue à la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire. Ses expériences portent sur 3 malades, atteints de tuberculose pulmonaire localisée à un sommet. Ces malades ont reçu chacun cinq ou six injections intra-pulmonaires de chlorure de zinc.

Le titre de la solution a varié de 1 p. 50 à 1 p. 20. M. Comby n'a pas osé dépasser le titre 1/20, la solution plus forte 1/10 étant réservée pour les tuberculoses chirurgicales. Ces injections ont été parfaitement tolérées par les malades. Elles ne sont pas douloureuses, elles ne provoquent pas de sensations pénibles quand on ne dépasse pas la quantité de trois gouttes (trois divisions de la seringue de Pravaz) par injection. Quant au résultat thérapeutique, il a paru favorable. La conclusion qui ressort de ce travail est celle-ci : « On peut, sans danger, injecter dans le « poumon deux ou trois gouttes d'une solution « de chlorure de zinc à 1 p. 20 ; on peut, sans « danger, répéter ces injections tous les trois ou « quatre jours. »

Il semble que, tout au moins dans les cas où la tuberculose est localisée à un poumon, où l'état général est bon, où il n'y a pas de fièvre, nous sommes autorisés à agir directement sur la lésion, soit par le naphtol, soit par le chlorure de zinc, soit par tout autre agent antiseptique.

Index bibliographique.

Formes cliniques des névrites périphériques. Leçon de M. Charcot. (*Bull. méd.*, 1892, no 102.)

Les sécrétions glandulaires internes, par Adrien Pic. (*Province méd.*, 1892, nos 50, 51, 52, 53.)

La méthode sclérogène dans les ostéo-arthrites du cou-de-pied. (*Journal de Lucas-Championnière*, 1892, p. 929.)

Le diagnostic rétrospectif de la syphilis héréditaire. Leçon de M. Fournier. (*Gaz. des Hôp.*, 1893, no 2.)

De l'abcès urineux, par M. Bazy. (*Progrès médical*, 1892, p. 529)

FEUILLETON

Sur les conditions de l'hygiène hospitalière en France (*suite*)

Par M. le Dr H. Napias.

III

Certains services sont particulièrement sacrifiés, et volontairement de la part du personnel de surveillance, sinon de la part des administrateurs. Je citerai spécialement les maternités.

Je vous ai fait le tableau, en 1887, des conditions défectueuses d'hygiène où j'avais trouvé plusieurs maternités en province : salle unique pour le service ; cube insuffisant, papiers de tentures en lambeaux sur les murs, lits en bois à paillasse, lit de travail maculé de sang et d'ordures, locaux éloignés du reste des services, non pour les isoler, mais pour les reléguer auprès des cabanons des aliénés, auprès du dispensaire des filles publiques ; — je vous ai donné des exemples de toutes ces dispositions hygiéniques regrettables, et je vous ai montré, dans certains cas, une même infirmière soignant les femmes en couches et les filles publiques vénériennes.

J'ai retrouvé depuis de nombreux échantillons de ces *gésines* comme on les appelle encore. J'ai retrouvé souvent le lit de travail maculé et infect, à Al..., à Ro..., à D..., voire tout récemment dans un hôpital neuf, non loin de Paris. — J'ai retrouvé aussi l'infirmière unique qui soigne les vénériennes et les femmes en couches, ou plutôt qui les surveille, car à G..., par exemple, l'infirmière ne panse pas les filles du dispensaire, « attendu que c'est une honnête fille, et qu'il est suffisant que les syphilitiques se pansent entre elles » (!) A SG..., l'infirmière qui soigne les femmes en couches ne couche pas dans le service ; il n'y a personne la nuit auprès des accouchées, qui sont obligées de se servir elles-mêmes, de prendre leur enfant dans le berceau et de l'y remettre, de se lever si quelque besoin les presse, etc. — A M..., il n'y a personne la nuit dans le bâtiment où sont les syphilitiques, et qui ne communique même pas par une sonnerie avec le reste de l'établissement ; le soir on les enferme et on les oublie jusqu'au lendemain ; arrive que pourra !

Je pourrais donc ajouter beaucoup de faits, tristement curieux, à ceux que je vous signalais dans ma communication de 1887. Je me contenterai de celui-ci.

Il existe à A..., ville importante et historique du Midi, une maternité, qui se compose d'une seule pièce pour les expectantes et les accouchées, et laquelle on n'accède que par une salle de fiévreuses dans laquelle elle s'ouvre. On a souvent observé chez les enfants qui naissent là des ophtalmies purulentes, et les plus vives réclamations ont été faites au nom de l'hygiène et de l'humanité, par un chirurgien très distingué qui est de nos collègues. L'hôpital a reculé devant la dépense, la Ville n'a rien fait; le Conseil général, auquel on s'était adressé pour lui remontrer qu'en fait, la maternité était l'asile de toutes les filles séduites du département qui venaient là cacher leur faute et attendre, leur

MÉDECINE PRATIQUE

Etiologie et traitement de l'urticaire

Depuis les nombreuses études de l'école de M. Bouchard sur les fermentations gastro-intestinales, les auto-intoxications et les éruptions d'origine toxémique, on commence à pénétrer le secret de plusieurs de ces dermatoses supposées spontanées, particulièrement remarquables par leur généralisation rapide et leur minime gravité. L'urticaire est une des principales et une des plus bizarres.

Rappelons en quelques mots sa description clinique, d'après M. W. Dubreuilh (1) :

« L'urticaire est constituée par des élevures de la grandeur d'une lentille à une pièce de 5 francs ou même plus. Ces élevures ou plaques urticariennes sont planes, bien limitées, rondes ou à contours arrondis, même lorsqu'elles forment des traînées ou des plaques irrégulières par la confluence d'éléments plus petits ; elles font une saillie de 1 millimètre et plus ; elles sont fermes au toucher et donnent la sensation d'une infiltration des couches les plus superficielles du derme, particulièrement élastique et tendue, mais n'intéressant pas les couches profondes. L'élevure est blanche, d'une pâleur anémique, rouge clair à sa périphérie et entourée d'une auréole érythémateuse plus ou moins étendue. La couleur blanche est à peine appréciable si la plaque est très petite ; elle est, du reste, très diversement accusée, quelquefois à peine visible ; d'autres fois, d'une blancheur mate comparable à celle de la porcelaine. Quand les plaques sont nombreuses, leurs auréoles érythémateuses deviennent confluentes et elles se détachent en blanc sur le fond rouge. La couleur est, du reste, soumise à des variations ; Hirtz a observé le phénomène du pouls capillaire sur la bordure érythémateuse de l'élevure ortiée ; E. Wilson a constaté des variations de couleur périodiques, lentes, non synchrones au pouls, passant sur la plaque comme une vague rouge.

La plaque d'urticaire apparaît brusquement, en quelques minutes ; puis, après une durée de quelques minutes, de quelques heures tout au plus, elle s'affaisse, la pâleur centrale de la plaque se confond dans la rougeur périphérique, qui, elle-même, ne tarde pas à disparaître.

Dès le début, la plaque ortiée s'accompagne d'un prurit intense. Cette sensation de démangeaison, ou quelquefois de cuisson, pousse le malade à se gratter avec énergie, et, le plus souvent, le grattage fait naître de nouvelles plaques.

Lorsque l'éruption est modérément abondante et de cause externe, il n'y a pas d'autres symptômes que ceux de l'éruption que nous venons de décrire. Mais, d'autres fois, on observe des phénomènes généraux plus ou moins accusés, et l'éruption n'est que la manifestation cutanée d'un trouble plus profond de la santé. D'autre part, la maladie peut être très passagère ou persister pendant longtemps.

Dans le cas où les phénomènes généraux sont assez intenses, ce qui s'observe le plus souvent chez les enfants, on donne à l'éruption le nom

(1) *Gaz. des Hôp.*, 1892, n° 121.

---

délivrance, que c'était bien un service départemental, pria un de ses membres d'étudier la question ; et celui-ci fit un travail *qui concluait au rejet, et considérait comme exagérées les critiques qu'on avait faites de cette maternité, composée d'une seule chambre, ouvrant sur une salle de fiévreux, et où l'ophthalmie purulente était en permanence.* La demande fut donc rejetée sur ce beau rapport. — J'éprouve quelque ennui à vous apprendre que, le conseiller général qui l'avait fait, était un médecin !

IV.

Au reste, la question du personnel est une de celles qui s'imposent le plus impérieusement à l'étude des administrateurs. Il faut qu'ils sachent et qu'ils comprennent que le dévouement, si sublime qu'il soit, ne peut remplacer la compétence, et que, pour aider efficacement le médecin, il faut avoir appris à le faire. C'est une opinion que je défends depuis longtemps, et j'ai trouvé, il y a deux années, un écho inattendu de ma pensée dans un discours fait par l'abbé Fonssagrives à un congrès catholique. Ce prêtre, qui porte d'ailleurs un nom illustre en hygiène, disait en substance que les personnes qui se destinent à soigner les malades doivent soigneusement se tenir au courant des nouvelles méthodes et des nouveaux desiderata de l'assistance. — Je n'ai pas remarqué jusqu'ici que sa recommandation ait eu tout l'effet qu'on en pouvait attendre.

Mais sur cette question du personnel, il y aurait tout à dire !

Ce serait une grosse question, une des plus grosses parmi celles que soulève l'étude de l'hygiène hospitalière.

Elle mériterait mieux que d'être traitée incidemment ici, et je n'y insiste pas. Je me borne à constater que, le plus souvent, le personnel de surveillance est insuffisant pour la compétence, et que les infirmiers et infirmières, raccolés au hasard et à vil prix, ne présentent aucune garantie morale ou professionnelle.

Je crois bien que c'est parce que ce personnel n'est pas suffisamment instruit de ses devoirs, c'est-à-dire pas assez pénétré de l'utilité des précautions qu'on lui demande de prendre dans les soins à donner aux malades, pas assez conscient de l'importance des ordres du médecin, qui ne lui apparaissent pas comme des exigences justifiées, mais comme des caprices qu'il faut satisfaire ou avoir l'air de satisfaire, — je crois bien que c'est cette incompétence réelle qui explique les petits mensonges et les mille moyens mis en usage par le personnel subalterne, pour échapper à ce qui ne lui apparaît que comme une corvée. — Un exemple en passant :

Vous vous rappelez que j'ai eu à vous entretenir de l'hygiène des crèches ; le mémoire que je vous ai présenté alors a été tiré à part, et notre collègue M. Monod l'a fait distribuer aux inspecteurs départementaux du service des enfants assistés et de la protection du premier âge, et aux principales crèches de France. D'autre part, le bulletin des crèches a fait bon accueil à ce travail, en a donné des extraits, si bien que beaucoup de crèches ont appris le désir de l'administration supérieure de voir supprimer les révoltantes promiscuités d'éponge, de serviette, de biberon, etc. C'est pourquoi, tout récemment, une personne de ma connaissance qui visitait une crèche, trouvait pour chaque enfant une éponge très propre, une serviette très propre, suspendues à des places numérotées, et, qu'en lui faisant voir tout cela, on lui affirmait qu'il y avait autant de numéros que d'enfants, et que toute chan-

de *fièvre ortiée.* Dans le cas où les plaques d'urticaire durent de longues semaines par suite de poussées successives, on les désigne sous le nom d'urticaire persistante. Distinguons dès maintenant et pour ne plus avoir à y revenir une maladie cutanée tout à fait différente comme aspect clinique, quoique synonymiquement désignée, l'urticaire pigmentée chronique, dont la science possède un petit nombre d'exemples (thèse de Raymond) et qui nous semble plutôt de nature nœvique.

Le diagnostic de l'urticaire est généralement fort simple. Tout au plus pourrait-on hésiter dans quelques cas rares, entre l'urticaire et l'érythème polymorphe, la dermatite herpétiforme de Duhring et le mycosis fongoïde.

D'ailleurs, même dans ces affections, le diagnostic objectif et immédiat de l'urticaire serait exact ; ce qu'il importe de connaître, c'est le diagnostic étiologique.

I

ÉTIOLOGIE

Pour plus de clarté, nous suivrons la division de M. Dubreuilh dans l'énumération des causes de l'urticaire.

Il faut, croyons-nous, placer en première ligne *la susceptibilité individuelle* des téguments, une sorte de tempérament spécial de la peau, absolument comme certains ont une susceptibilité spéciale de la muqueuse intestinale, ou de la muqueuse pituitaire, etc. Il est bien certain que, quelle que soit la cause occasionnelle de l'éruption, telle ou telle peau réagit de manière différente suivant les personnes.

Les causes occasionnelles, qui viennent provoquer cette réaction particulière de la peau sont :

1° DES CAUSES LOCALES : Le grattage, le froid, les poisons végétaux et animaux introduits sous l'épiderme par un traumatisme, souvent fort léger.

2° DES CAUSES GÉNÉRALES : A. *Troubles nerveux,* soit cérébraux, soit génitaux, soit même dentaires.

B. *Intoxications* par des médicaments, par des ptomaïnes et des toxines fabriquées dans l'économie, ou introduites dans l'estomac avec certains aliments, enfin intoxications par certaines maladies infectieuses.

Reprenons chacune de ces causes pour les expliquer avec plus de détails.

1° CAUSES LOCALES :

Le grattage, d'après MM. Brocq et Jacquet, est la principale cause de l'urticaire. La maladie serait constituée par la coïncidence d'un prurit d'origine nerveuse et d'une hyperexcitabilité des vaso-moteurs ; dans certains cas néanmoins, il pourrait y avoir dissociation de ces deux phénomènes, et l'un pourrait exister sans l'autre. Il est manifeste en effet que la plupart du temps le prurit existe avant l'éruption et qu'il paraît la provoquer (traumatisme des ongles).

Le froid est une cause relativement rare d'urticaire, mais cependant indiscutable, témoins les deux faits suivants, cités par M. Dubreuilh :

« M. Negel rapporte l'histoire d'une malade qui ne pouvait plonger les mains dans de l'eau froide, sans avoir une éruption d'urticaire très intense et très étendue, mais surtout prononcée aux mains. Cette même dame, ayant une fois

---

ee de contagion par la promiscuité des objets de toilette avait disparu. Le visiteur demanda alors comment on faisait pour s'y reconnaître, et s'il n'y avait jamais d'erreur de numéro ; on lui répondit que les berceuses savaient par cœur les numéros des 20 ou 25 enfants qui venaient habituellement à la crèche, et qu'aucune erreur n'était possible ; mais le défiant visiteur ayant eu la curiosité de demander séparément à chaque berceuse et à la directrice elle-même quel était l'enfant qui portait le n° 11, chacune lui désigna un enfant différent.

Bien évidemment des personnes honnêtes, qui par leur caractère religieux doivent haïr le mensonge, ne descendraient pas à ces petites supercheries, et elles comprendraient le danger des contagions, si elles savaient que ce qu'on leur demande au nom de l'hygiène, est demandé dans l'intérêt bien entendu de l'enfant, intérêt qui est, ou qui doit être le seul dont elles ont souci.

V.

J'ai dit tout à l'heure, que dans beaucoup d'établissements, une place considérable était indûment prise par des écoles ou des salles d'asile. Il y a là quelque chose de particulièrement choquant, quand on sait avec quelle facilité les enfants subissent les contagions.

Un arrêté ministériel du 17 juin 1880 réglementant la construction des maisons d'école, dit que le terrain destiné à recevoir une école doit être *bien aéré, d'un accès facile et sûr, éloigné de tout établissement bruyant, malsain ou dangereux.* Il n'est pas douteux que, pour un enfant, le séjour dans l'hôpital ou dans son voisinage immédiat ne puisse être considéré comme malsain.

Il est désirable de voir supprimer ces écoles. C'est vainement qu'on invoquerait pour leur conservation des actes de fondation anciens, datés d'une époque où l'instruction n'était pas gratuite, et où elle pouvait être considérée chez les pauvres comme une des formes de l'assistance. Nous n'en sommes plus là, et nous pouvons légitimement croire que les fondateurs auraient autrement disposé de leurs libéralités, s'ils avaient prévu que la loi rendrait inutile le mode d'assistance qu'ils voulaient faire.

Ce que je dis des écoles s'applique pour une bonne part aux orphelinats des hospices. — Il ne s'y trouve pas d'orphelins, puisque ceux-ci sont légalement à la charge du département et rentrent dans le cadre des enfants assistés ; sauf pourtant dans plusieurs hospices des Flandres ou de l'Artois, où les communes continuent à entretenir dans les hospices des *orphelins municipaux.* Ce qu'on y recueille, ce sont des enfants de familles indigentes, et l'on croit avoir fait merveille quand on a pris un enfant à sa famille, qu'on l'a élevé loin de son milieu, qu'on ne lui a donné aucun métier sérieux, et qu'on le laisse sur le pavé à 16, 18 ou 21 ans. Or, comme ce sont surtout des filles qu'on recueille dans ces prétendus orphelinats, le pavé, c'est la misère ou la prostitution trop souvent.

J'ai eu fréquemment à signaler à des administrateurs d'hospice l'inanité de ce mode d'assistance dans beaucoup de cas. Dernièrement, l'un d'eux, un homme très dévoué à ses délicates fonctions, opposait à mes arguments des raisons tirées de la situation particulière des enfants et des familles, et, me montrant deux orphelins de l'un des établissements de bienfaisance qu'il administre : « — Voici, me disait-il, deux enfants qui appartiennent à de pauvres paysans qui vivent du travail de la terre et qui n'ont que leurs quatre bras pour nourrir cinq enfants, qui leur sont venus ; encore la mère a-t

pris un bain de mer, eût aussitôt une urticaire tellement intense et tellement étendue, qu'elle ne put sortir de l'eau sans aide. Un malade de Joseph avait de l'urticaire chaque fois qu'il s'exposait au froid ; quelquefois même, l'éruption s'accompagnait d'hémoglobinurie. »

Les poisons végétaux, particulièrement l'acide formique, de l'*urtica urens* et de l'*urtica dioïca*, mauvaises herbes si communes dans tous nos jardins, instillé sous l'épiderme par de petits poils effilés, crochus, qui hérissent les feuilles de ces végétaux ; le pollen de certaines graminées, introduit par l'air dans les muqueuses respiratoires ; tous ces agents chimiques peuvent déterminer des éruptions d'urticaire remarquables ; c'est d'ailleurs l'ortie, qui a donné son nom à ce genre d'éruption toxique : Urticaire, Nettlerash (Angl.) Nesselsucht (All.).

Les poisons animaux.— Qui ne se souvient d'avoir observé de magnifiques éruptions d'urticaire à la suite de piqûres de cousins, de puces, de punaises, d'acares. Le grattage aidant, une ou deux piqûres suffisent quelquefois pour provoquer une éruption étendue.

Le simple contact sur la peau de méduses, d'étoiles de mer, de chenilles processionnaires, de hannetons même, de lombrics, de poissons morts plus ou moins frais, etc., suffit pour provoquer une éruption ortiée, principalement à la face, aux yeux, aux joues, par l'intermédiaire des mains.

Quelles sont les substances chimiques sécrétées, qui produisent cette sorte de vésication ortiée ? Les avis sont partagés : pour les uns, c'est de l'acide formique ; pour d'autres, c'est de la cantharidine ; pour d'autres encore ce sont des ptomaï-toxines.

2° CAUSES GÉNÉRALES :

Troubles nerveux. Les émotions vives, les grandes colères, les révolutions, comme on dit vulgairement produisent parfois des éruptions fugaces d'urticaire. Les neurasthéniques, les hémorrhoïdaires, les névropathes en général sont prédisposés à l'éruption d'une manière bien remarquable. Les maladies de l'appareil génital, particulièrement l'ovaro-salpingite, s'accompagnent aussi d'urticaire, par l'intermédiaire du système nerveux : la simple fluxion menstruelle, la grossesse, suffisent chez quelques personnes pour provoquer l'éruption.

Intoxications. — Les médicaments qu'on doit incriminer sont principalement la quinine, l'antipyrine, le santal, l'iodure de potassium, etc.

« Il n'est presque pas de médicament qui ne puisse provoquer des éruptions et, comme l'a montré M. Besnier, chacun fait son éruption médicamenteuse à sa façon, suivant sa prédisposition personnelle et non suivant le médicament. Parmi les aliments, même variété, plus grande encore peut-être. Certains d'entre eux, cependant, provoquent l'urticaire assez fréquemment pour qu'il soit nécessaire au moins de les signaler : tels sont les fraises, les crustacés, le poisson de mer, les coquillages et surtout les moules. L'écrevisse, le homard et la moule sont, en somme, les aliments les plus dangereux sous ce rapport ; mais bien d'autres aliments ont pu être incriminés, même parmi les plus inoffensifs d'habitude, tels que les œufs ou la viande de veau. »

---

elle eu à compter avec les chômages de ses multiples grossesses. En élevant deux de ces enfants nous n'en laissons que trois à leur charge et c'est là, vous en conviendrez, un véritable service rendu. »

Je demandai alors à mon interlocuteur à combien s'élevait, d'après le compte moral du dernier exercice, le prix de revient de la journée d'un enfant de l'orphelinat ; et comme c'est un administrateur très consciencieux et que les établissements hospitaliers de sa commune sont au nombre, trop restreint, de ceux qui ont une comptabilité soigneusement établie, il put me répondre à coup sûr que ce prix de revient était de 90 centimes, soit par an 328 fr. 50 c.; soit pour les deux enfants 657 francs.— Je lui fis alors remarquer, qu'en donnant cette somme annuelle à la famille de pauvres paysans, qu'il prétendait assister, en recueillant deux de ses enfants, il lui aurait permis d'élever largement les autres avec ceux-là ; — de les élever dans leur milieu, et dans une aisance relative.

Mon interlocuteur voulut bien convenir que mon argument était de valeur, et qu'on pourrait assister les enfants de familles indigentes, quand leurs parents sont d'honnêtes gens surtout, autrement que par l'hospitalisation.

Les conditions hygiéniques de ces orphelinats dans les hospices sont très souvent défectueuses. Les enfants travaillent sans repos suffisant ; les récréations sont trop courtes et j'ajouterai pas assez bruyantes. Les enfants ne doivent pas parler pendant le repas ; elles sont couchées dans des dortoirs, sous les combles bien souvent ; elles n'ont pas de lavabos, ou seulement un seau d'eau comme à R..., une seule cuvette et un broc comme à V... ; s'il y a des lavabos c'est pour qu'on puisse s'y laver le visage avec un coin de serviette ; il n'est pas question d'autres soins de toilette, même chez les filles qui ont 13 ans, 15 ans et au-dessus. Quelquefois, comme à S..., elles ne prennent jamais de bains ; ou bien elles en prennent une fois par an, comme à M...

La nourriture est souvent pauvre en aliments azotés, car il n'est pas très rare de trouver que les orphelins ou orphelines ne mangent de viande que deux ou trois fois par semaine.

Ces conditions fâcheuses tiennent parfois à ce que les administrateurs se désintéressent de l'orphelinat. D'ailleurs, en certains cas, s'ils donnent à cette œuvre un asile dans leur établissement, elle reste en quelque sorte une œuvre privée qui vit sous leur toit, qu'ils subventionnent ou qu'ils entretiennent pour une part qu'ils savent et pour une autre qu'ils ignorent ; où ils osent à peine pénétrer, et dont les revenus, constitués par le travail industriel, par la vieille habitude, (que son ancienneté ne rend pas respectable), de faire trafic de l'assistance de ces enfants pauvres au convoi funèbre des gens riches, ne rentrent pas avec toute la régularité désirable dans les caisses des receveurs.

La situation est semblable et souvent pire dans les orphelinats privés.

Au reste, il n'y a rien à dire sur les orphelinats et établissements similaires, qui n'ait été dit déjà par notre collègue et ancien président, le Dr Th. Roussel, dans un mémorable rapport au Sénat. C'est pourquoi je n'insiste pas.

(A suivre.)

Ici, on doit faire intervenir une question de fermentations gastriques, d'auto-intoxication ptomaïnique. Les urticaires produites par les kystes hydatiques du foie rentrent évidemment dans cette catégorie des urticaires toxémiques. En ce qui concerne les kystes hydatiques, il n'est même pas nécessaire qu'on en ait pratiqué la ponction pour voir survenir l'éruption (Dieulafoy).

A la suite de troubles gastriques répétés, chroniques, on observe souvent des poussées d'urticaire successives et quasi-périodiques. M. Comby regarde cette complication comme très fréquente chez les enfants, dont l'alimentation est vicieuse et qui ont l'estomac dilaté.

La moindre excitation extérieure, le froid, le contact de draps un peu rudes suffisent pour produire une éruption pendant la nuit, chez des sujets ainsi prédisposés.

Par le même mécanisme toxémique, l'ictère, l'urémie s'accompagnent quelquefois d'urticaire.

Les maladies infectieuses, particulièrement *l'infection paludéenne*, peuvent engendrer des urticaires extrêmement tenaces et variées (Verneuil-Merklen). On observe ainsi des urticaires périodiques quotidiennes, tierces, quartes. L'éruption coïncide avec l'accès, débute avec le stade de chaleur et disparaît à la fin du stade de sueurs ; ou bien, l'éruption domine la scène, s'accompagnant d'un léger malaise fébrile ; ou enfin l'éruption est seule périodique et constitue une forme larvée d'impaludisme. Il faut toujours penser à la possibilité de cette dernière forme, quand on ne peut faire aucun autre diagnostic étiologique.

II

Traitement.

Deux parties dans le traitement : 1° le traitement symptomatique de la douleur, du prurit qui est souvent intolérable ; 2° le traitement étiologique.

1° *Le traitement symptomatique* visera l'éruption cutanée, qui est la plus fréquente, et dans quelques cas rares l'éruption muqueuse interne, l'œdème glottique par exemple ou l'œdème pulmonaire.

L'urticaire cutanée, accompagnée de prurit intense, sera justiciable des narcotiques, codéine, chloral, sulfonal, hypnone, paraldéhyde à l'intérieur, applications de pommades chloralées, cocaïnées, de vinaigre de Pennès, de vinaigres à l'acide phénique, à l'acide salicylique, d'huile au menthol, de solution alcoolique de menthol, de solution de chlorhydrate d'ammoniaque 10/100, d'eau blanche, d'eau de Cologne, de savon de goudron. Contre l'urticaire du larynx ou des poumons, on fait usage de bains de pieds sinapisés, de flagellations cutanées ortiées, de ventouses sèches, de ventouse de Junod.

Comme dit M. Dubreuilh, tous ces moyens ne sont, au fond, que des palliatifs, ils calment la démangeaison et voilà tout. Cela est cependant beaucoup et l'axiome *principiis obsta* s'applique bien à l'urticaire : en ôtant au malade l'envie de se gratter au début de la poussée, on l'abrège considérablement.

Nous ne pouvons conseiller l'antipyrine et le bromure, vantés par quelques-uns ; car ils exposent eux-mêmes à des éruptions quelquefois énormes.

2° *Le traitement étiologique* se résume, pour beaucoup à ces deux mots : ANTISEPSIE INTESTINALE. C'est évidemment la principale méthode, mais ce n'est pas la seule : aujourd'hui, on a trop de tendances à vouloir désinfecter l'intestin et on assiste trop souvent à ces leçons ridicules de maîtres autorisés, qui n'enseignent plus que deux choses, comme traitement de toutes les maladies aiguës : toniques et antiseptiques, potion de Todd et naphtol β.

Nous avons toujours souvenir d'un médecin des hôpitaux qui, à chaque malade atteint de pneumonie, de fièvre typhoïde, de bronchite même, demande avec insistance : « Vos selles sentent-elles mauvais ? » et comme personne ne répond jamais « oh ! non, » ce singulier thérapeute administre sur-le-champ force naphtol, bétol ou benzonaphtol. Certes, nous ne rejetons pas absolument l'usage de ces désinfectants, je dis « désinfectants » et non « antiseptiques », car ce mot « antiseptique » me paraît un mythe risible quand il s'agit d'un tube de cultures aussi long et aussi riche en colonies que l'intestin. L'asepsie de l'intestin, mais ce serait aussi irréalisable que l'asepsie du grand collecteur de Paris. La meilleure thérapeutique de l'intoxication gastro-intestinale consiste en purgatifs : huile de ricin, sels de soude ou de magnésie, calomel à la vapeur.

L'alimentation doit être aussi très surveillée, réglementée : les épices, le vin, les viandes faisandées, les poissons, etc., seront interdits.

Si l'on ne trouve rien du côté de l'appareil génital ou digestif, il faudra examiner le système nerveux : l'on reconnaîtra que le malade est neurasthénique et certains moyens, comme les douches froides, nuisibles dans tout autre cas, pourront trouver leur indication.

Chez les malades goutteux, graveleux ou simplement un peu uricémiques, qui ont du sable ou un dépôt briqueté dans leurs urines, on pourra obtenir de très bons résultats par une modification du régime et par les alcalins. On diminuera, s'il y a lieu, l'usage de l'alcool, du café et de la viande noire.

Enfin chez les impaludiques, on se trouvera bien de l'emploi du sulfate de quinine, qui, prolongé pendant un certain temps, finit par enrayer les éruptions périodiques.

Dans le cas d'urticaires chroniques rebelles à tout traitement, Stern préconise l'iodure de potassium et M. Tenneson conseille l'acide phénique à la dose de 0,10 ; 0,15 ; 0,20 centigrammes en potion.

Le traitement est en somme très varié, aussi varié que les causes mêmes de l'urticaire, et, il faut bien le dire, le mieux est quelquefois de s'abstenir totalement. Dr Paul Huguenin.

CLINIQUE

Hopital Necker. — *M. le professeur Peter.*

Leçon recueillie par le Dr Hervouet.

Les injections médicamenteuses hypodermiques.

IV

Messieurs,

Je voudrais vous faire, vous renouveler plutôt, une grosse confession médicale, une affirmation

que j'ai énoncée plus d'une fois, c'est que nous ne guérissons pas la phtisie, c'est-à-dire qu'*il n'y a pas de spécifique de la phtisie*.

Ce qui est en notre pouvoir, c'est d'aider le phtisique à vivre par une médication où l'hygiène entre pour la plus grande part. Nous veillons sur son hygiène en conseillant au phtisique des grandes villes d'aller mener une vie agreste, où il trouvera de l'air pur et du soleil : ainsi les habitants de Londres quittent les brouillards de la Tamise pour les bords de la Méditerranée. Nous veillons aussi à ce que son alimentation soit de meilleure qualité et plus abondante. *Respirer le plus, le mieux possible ; se nourrir le plus, le mieux possible, voilà pour l'hygiène.*

A côté, se place une médication, qui s'inspire des accidents actuellement existants, c'est la médication traditionnelle et rationnelle.

En premier lieu, vient la révulsion qui s'adresse à la peau, de deux façons, à son système sensoriel et à ses vaso-moteurs. Par son action sur la sensibilité cutanée, il y a production d'un réflexe de la moelle ; par l'action sur les vaso-moteurs, nous agissons sur le grand sympathique. La révulsion ne se fait pas sentir directement sur le poumon ; ce n'est que par l'intermédiaire des centres médullaire et grand sympathique.

D'autre part, il y a une précaution que le médecin ne doit jamais perdre de vue, c'est qu'il faut avoir le respect le plus pieux pour l'estomac qui est la sauvegarde des phtisiques ; ne touchez pas à l'estomac des phtisiques parce que vous pouvez déterminer des accidents qui se surajouteront.

Le traitement rationnel, est de s'adresser à la peau par les révulsifs, et sous la peau par la médication hypodermique, d'employer le maximum d'hygiène, et le minimum de médicaments.

Telles sont les généralités que je tenais à vous énoncer, sur le traitement de la tuberculose. Ce préambule achevé, j'arrive à la *médication hypodermique par le gaïacol*. Vous savez que ce produit est obtenu par distillation de la créosote qui le contient dans la proportion de 90 %.

C'est l'allemand Max Schuller qui a eu le premier l'idée de l'employer, et qui eut aussi l'idée de l'associer à l'iodoforme. En France, MM. Labadie-Lagrave, Picot de Bordeaux, Weill et Diamantberger, ont surtout employé cette médication.

Voici la formule de M. Picot :

Huile d'olives stérilisée...	100 gr.
Gaïacol....................	5 gr.
Iodoforme.................	1 gr.

Il injecte quotidiennement 2 à 3 centimètres cubes de cette solution, et il a obtenu des résultats : diminution de l'expectoration, diminution de la fièvre, dessèchement des cavernes. Ce qui est certain, c'est que *ces petites doses sont aussi bonnes que les grosses*, qui ont le désavantage de donner parfois une augmentation de la fièvre ; ce sont des doses à conserver.

M. Weill, médecin en chef de l'hôpital Rotschild, a injecté du gaïacol à petites doses, mais en solution plus concentrée. Il emploie des parties égales de gaïacol et d'huile stérilisée, ce qui fait 0 gr. 25 de gaïacol par demi-seringue de Pravaz ; on a ainsi l'avantage de ne pas avoir beaucoup de liquide à injecter. Je vais vous citer plusieurs observations de M. Weill ; puis je parlerai de celles qui ont été prises dans mon service.

Les résultats obtenus par M. Weill peuvent être schématisés de la façon suivante ; il y a trois catégories : 1° amélioration considérable ; 2° amélioration notable ; 3° amélioration nulle.

Mais on obtient aussi ces résultats par la médication traditionnelle ; et vous allez voir que, dans les faits énoncés, on a mis en œuvre, non seulement le traitement gaïacolé, mais aussi nombre d'autres moyens.

I. Voici une observation très intéressante. C'est celle d'une jeune fille de 23 ans, sans antécédent héréditaire ou personnel. Au mois de juillet 1890, elle est prise d'un malaise mal déterminé, elle a un point de côté, offre quelques signes de tuberculose pulmonaire, et est traitée par les révulsifs. Au mois de janvier 1891, elle a deux hémoptysies. Au mois de mai de la même année, on lui conseille les injections de gaïacol, qui sont commencées le 16 mai, à raison d'une seringue de Pravaz, tous les jours.

A ce moment, les signes de la tuberculose étaient manifestes, surtout dans le poumon gauche, où il existait des craquements et des râles humides ; il y avait de la fièvre le soir, des sueurs nocturnes et de l'inappétence ; on constatait la présence des bacilles.

Le 12 juin, surviennent des accidents formidables par embolies graisseuses intra-pulmonaires : suffocation subite, congestion de la face, angoisse indicible, menace d'asphyxie. Après cet accident, les injections étant suspendues, il y a de la congestion pulmonaire généralisée, des hémoptysies légères, l'état général reste grave, et la malade maigrit, malgré une médication tonique et reconstituante.

Le 20 octobre, on reprend les injections, à la dose d'une demi-seringue, et quelques jours plus tard, d'une seringue entière.

Outre le gaïacol, pendant tout ce temps on a eu recours aux toniques, l'arsenic, la strychnine, la kola, le quinquina, le phosphate de chaux, la digitale, etc.; à l'hygiène, promenades au grand air, aération nocturne de la chambre.

Une quinzaine de jours après, l'appétit, le sommeil étaient revenus, les sueurs avaient disparu.

Actuellement, l'état général est satisfaisant : augmentation de poids léger, appétit bon, sommeil également, plus de sueurs, plus de toux la nuit. Mais les signes locaux sont peu changés, sauf que les bruits sont plus secs.

II. Dans l'observation suivante, on supposait que la forme allait être galopante. Pendant trois mois, le traitement fut exécuté ponctuellement ; en plus des injections, on donnait des lavements de peptone, du lait, des œufs, de la viande crue ; contre la fièvre, on employa l'acide salicylique, et l'atropine contre les sueurs ; on fit des applications répétées de pointes de feu.

Le malade cessa de tousser et de cracher, recouvra l'appétit, augmenta de poids, n'eut plus de sueurs la nuit. A l'auscultation, actuellement, il reste un peu de matité à gauche et en arrière.

III. Un malade de 26 ans, se rétablit en six semaines : l'expectoration très abondante est tarie, la toux a disparu, les forces et l'appétit sont revenus, l'état général est florissant ; mais

les signes stéthoscopiques persistent. On continue les piqûres.

IV. Voici un malade qui présentait des signes de tuberculose aux deux sommets ; on a constaté la présence des bacilles ; mais il n'a pas de fièvre. L'injection, tous les deux jours de deux seringues de solution a donné de bons résultats généraux ; *et l'on ne trouve plus de bacilles dans les crachats.*

V. Une femme de 29 ans, rentière, tousse depuis trois ans ; elle a des crachats nummulaires, de la fièvre le soir, un amaigrissement progressif. Les injections, faites tous les deux jours d'abord, puis tous les jours, amènent une amélioration de tous les symptômes.

Mais, voici le larynx qui se prend ; et, malgré les injections, malgré le traitement local, l'état s'aggrave. La malade part au Mont-Dore, et en revient au bout d'un mois, un peu plus affaiblie. On reprend alors le traitement : l'état général redevient meilleur ; mais, malgré un traitement local à l'acide lactique, l'ulcération tuberculeuse du larynx continue à s'étendre.

A côté de ces observations où les injections de gaïacol ont donné une amélioration, je crois devoir vous redire que les mêmes résultats sont obtenus sans cela. Ainsi je me souviens qu'étant interne de Cruveilhier, je vis venir dans le service un jeune maçon d'aspect floride, présentant des craquements humides aux deux sommets, et de la fièvre. On lui mit six ventouses scarifiées sous chaque clavicule ; et, au bout de 15 jours, le malade sortait de l'hopital, avec seulement encore un peu de matité ; les craquements humides, dus à l'hypérémie circumtuberculeuse, avaient disparu. Ce résultat, on l'obtient, sans tirer de sang, au moyen du gaïacol.

Le gaïacol modifie la fétidité des crachats, comme le montre une observation.

VI. Dans un cas de pneumonie traumatique causée par une arête de poisson, avec production consécutive de gangrène pulmonaire, on fit des injections de gaïacol ; sous cette influence l'amélioration fut rapide, et on obtint la guérison.

Voici maintenant les observations prises dans mon service. — C'est en 1891 que je commençai à faire des injections de gaïacol, en employant la solution suivante, un peu plus concentrée que celle de M. Picot :

Huile stérilisée	100 gr.
Gaïacol	10 gr.
Iodoforme	5 gr.

Sur 25 cas traités dans mon service, 10 ont été publiés et offrent comme résultats : quatre améliorations, trois morts, deux hémoptysies, et une embolie huileuse, suivie de mort. On se servait d'une seringue contenant 5 gr. de solution huileuse ; on injectait donc chaque fois 0 gr. 50 de gaïacol et 0 gr. 25 d'iodoforme. Ces injections étaient douloureuses, et on a été obligé de les supprimer plusieurs fois, les malades ne pouvant pas les supporter. Cela tient certainement à la quantité d'huile injectée ; et je crois qu'il vaut mieux employer l'injection de M. Weill qui ne demande qu'un gramme de solution pour la même dose de gaïacol.

Voici ces observations résumées :

1° On a fait en tout 55 injections et l'on a obtenu la diminution de l'expectoration et de la toux.

2° Injections, 18 : toux et expectoration diminuées.

3° Malade de vingt-deux ans, offrant une expectoration abondante, aucun appétit, peu de fièvre ; on ne fit que 25 injections à cause de la douleur ; la toux et l'expectoration ont cessé, mais l'état général est mauvais ; l'amaigrissement continue, la fièvre hectique apparaît, et la mort survient.

4° Femme de vingt-huit ans. Injections, 42 : la toux, l'expectoration, les sueurs ont cessé, l'appétit est bon ; mais les lésions persistent.

5° Malade de trente-cinq ans offrant de la fièvre, de la diarrhée, des vomissements, une expectoration purulente ; 28 injections, cessées sur sa demande : lésions pulmonaires augmentées, pas d'amélioration.

6° Malade de quarante-huit ans. 30 injections ont donné une amélioration notable, l'expectoration a disparu, l'appétit est bon ; pas de changement dans les lésions pulmonaires.

7° Poussée sudorale après chaque injection, expectoration purulente, mort.

8° Une légère hémoptysie est survenue et a fait interrompre le traitement.

9° Après 25 injections, refus de les continuer. Mort.

10° Journalier, âgé de 55 ans, commença à ressentir les premières atteintes de la tuberculose pulmonaire ; en janvier 1889, après une attaque de grippe, il présente de l'oppression, de la toux, une expectoration assez abondante, une faiblesse croissante, des sueurs nocturnes ; on trouve de la matité aux deux sommets et à la base droite, etc.

On le soumet aux injections d'huile gaïacolée, mais on les suspend après la 13e, parce qu'il est survenu de la congestion pulmonaire.

On le reprend quelque temps après, et aussitôt l'injection faite, il est pris d'une dyspnée épouvantable et le lendemain matin, il était mort. A l'autopsie, on constata que des gouttelettes d'huile s'échappaient abondamment du poumon incisé.

Il faut donc, comme je le disais dans une précédente leçon, s'inquiéter du passage possible de la solution directement dans une veine ; il est nécessaire, pour éviter cet accident, de vérifier, après avoir enfoncé l'aiguille, s'il ne sort pas de sang.

Mode d'action. Le mode d'action de la créosote et du gaïacol est celui des substances balsamiques qui s'éliminent par les voies aériennes ; il en est de même de l'hydrogène sulfuré des eaux sulfureuses. Il y a là une substitution ; on transforme une inflammation en une autre de meilleure nature, comme lorsqu'on se sert du nitrate d'argent. Mais c'est à condition que la substitution ne soit pas trop énergique, car on voit parfois se produire des hémoptysies très abondantes ; nous l'avons constaté avec le gaïacol.

Le bienfait de ces médications est de diminuer les sécrétions et d'augmenter l'appétit, à la suite probablement d'une petite irritation bienfaisante de l'estomac.

Les dangers sont l'hémoptysie, que j'ai observée chez plusieurs malades, constatée également à Cannes par M. Darenberg, et la transformation possible d'une phtisie torpide en phtisie aiguë.

Il y a là, au point de vue thérapeutique, un progrès dont bénéficieront d'autres maladies pulmonaires, la dilatation des bronches, la bronchite chronique, la bronchite fétide, et ce qu'on a appelé la gangrène curable des bronches. Voici commont se produit cette dernière affection : dans les ampoules bronchiques, il séjourne une sorte de magma de matière caséeuse qui devient le siège de fermentations putrides, irrite la muqueuse et détermine une inflammation de mauvaise nature, se terminant assez souvent par la gangrène de la muqueuse. Cette gangrène peut ne pas s'arrêter là et gagner le parenchyme pulmonaire ; il y a de la fièvre et une expectoration d'une fétidité horrible et d'une abondance très grande. Par l'emploi du gaïacol, on peut certainement modifier l'état du poumon et de la muqueuse gangrenée. On a vu parfois la mort être la suite de cette gangrène ; et je vous engage, en pareil cas, à employer la *médication gaiacolée, qui, avec de petites doses, produit le même effet que des doses plus considérables de créosote.*

Le grand bienfait de cette médication, je le répète en terminant, est de diminuer l'expectoration, de diminuer la toux, et de respecter l'estomac.

BULLETIN DES SYNDICATS

Ordre du jour de la réunion du Bureau de l'Union, du 15 janvier :

1° Budget.
2° Envoi du bulletin aux seuls syndicats adhérents, ou bien à tous les syndicats.
3° Exercice de la médecine civile par les médecins militaires.
4° Exercice de la médecine sur les frontières.
5° Assistance des indigents ; loi en préparation.
6° Sociétés de secours mutuels.
7° Conditions faites aux médecins exerçant la pharmacie par la loi en préparation, sur l'exercice de la pharmacie.
8° Conditions faites aux officiers de santé pour devenir docteurs, par la loi nouvelle.
9° Dépôt des statuts de l'Union.
10° Des commissions à nommer.

Association syndicale des médecins de la Loire-Inférieure.

Présents : MM. Porson, *Président*, Destez, Patourcau, Landois, Gaboriaud, Chachcreau, Belloüard, Attimont, Samson, Grimaud, Crimail, Saquet, Dorain, de la Rochefordière (de Montbert), Gérard (de Savenay), Dehillote (de Basse-Indre), Charrier (de Nort), Charrier (de Hérie), Hardy (de Vertou), Chantereau de (Saint-Etienne-de-Mont-Luc), Blaizot.

La Société d'Assurances contre la maladie « Le Progrès ».

Le procès-verbal de la dernière séance étant lu et adopté, *M. le Président* expose aussitôt la question. La Société susdite a fait verser à quelques confrères et à quelques pharmaciens de Nantes, une somme variant de 60 à 70 fr. comme annuité d'une assurance contre la maladie, garantissant 10 fr. par jour, plus le privilège des médecins et pharmaciens assurés de soigner les autres assurés ou de leur fournir les médicaments. Ces avantages sont trop beaux pour être réels ; ce qui le ferait craindre, c'est qu'un des confrères assurés n'a pu obtenir de réponse du Directeur général, M. Jules Guyot, même en écrivant au siège social par lettre recommandée. Néanmoins, un autre confrère a été plus heureux et a pu faire réaliser sa police en ne perdant que les mensualités échues, et M. Bruguières, pharmacien, ayant été malade, a touché intégralement la somme que lui promettent les statuts. A Paris, le Syndicat de la Seine s'occupe de cette Société qui n'aurait pas tenu ses engagements envers plusieurs confrères de la capitale, lesquels la poursuivent. En présence de ces faits contradictoires, il serait important d'avoir de plus amples renseignements sur les agissements de cette Société envers les médecins et pharmaciens de Nantes, et M. le président invite les membres du Syndicat à communiquer au bureau de la Société tous les faits qui viendraient à leur connaissance relativement à cette question.

Vote de la loi sur la médecine au Sénat.

M. le Président a le plaisir d'annoncer que les espérances que conservaient, lors de la dernière séance, les Syndicats médicaux, au sujet de leur reconnaissance légale par le Sénat, se sont réalisées. En seconde lecture, la haute Assemblée a adopté l'art. 14, à une forte majorité, grâce aux actives démarches des Présidents du Concours médical, de l'Union des Syndicats, ainsi que du Syndicat de la Seine, auprès du Président du Conseil et d'un grand nombre de Sénateurs ; grâce aussi aux protestations des Syndicats de province. *M. le Président*, aussitôt le rejet de l'art. 14, s'était mis en devoir d'écrire à M. le Sénateur, maire de Nantes, pour lui rappeler (voir séance du 16 avril 1891) l'avis favorable aux Syndicats médicaux qu'il avait bien voulu lui donner dans une de leurs entrevues. Le soir même de l'adoption de cet article, M. Guibourg a télégraphié à M. le Président, pour lui annoncer la bonne nouvelle. *M. le Président* s'est empressé de lui adresser ses remercîments au nom de l'Association syndicale, ainsi qu'à ses collègues du département qui, comme lui, avaient voté en faveur de l'art. 14.

Indemnité-Maladie et Caisse de retraites.

M. Chachereau, qui s'est rendu à Paris avec M. le Président, pour assister à la réunion générale de l'Association des médecins de France, en qualité de délégués de la Société locale de la Loire-Inférieure, rend compte, en quelques mots, des travaux de cette Assemblée. Un pas en avant dans la voie indiquée par les Syndicats a été fait, puisque M. le docteur Bucquoy a lu un rapport favorable à la création d'une caisse *Indemnité-Maladie* ; mais celle-ci est encore bien loin de réaliser l'idéal rêvé, car le secours ne serait pas *de droit*. Beaucoup plus intéressante a paru à *M. Chachereau* la séance du bureau de la *Caisse de retraite du corps médical français*. C'est là, pour l'orateur, qu'est l'avenir de la prévoyance pour les médecins ; il annonce à ses confrères son intention de les entretenir plus lon-

gnement de cette question à la prochaine réunion de l'Association.

Assistance médicale aux indigents.

M. le Président donne lecture d'un certain nombre d'adhésions de médecins au « Rapport sur l'organisation de l'Assistance médicale et pharmaceutique des Indigents » qu'il a présenté à la Commission d'Assistance départementale et qui a été approuvé par elle.

Les membres présents sont invités à faire leurs observations sur les conclusions de ce rapport, lequel a été adressé à tous les médecins du département.

M. Patoureau fait remarquer que le choix du médecin par le malade (art. 19) se ferait, chaque année, au moment de l'établissement des listes, plus commodément qu'au début de la première maladie. Cette modification, mise aux voix, est adoptée, et *M. le Président* dit qu'il tiendra compte de ce vote lorsque la commission que nommera le Conseil général lui demandera des explications.

Dans sa lettre d'adhésion, *M. Le Cerf* s'était élevé contre le prix minime, 6 francs (art. 26), alloué aux sages-femmes pour chaque accouchement. Après discussion, ce prix est maintenu, sur l'assurance de plusieurs médecins de la campagne présents, que les sages-femmes de leur localité ne demandent pas à leurs clients ordinaires un prix plus élevé.

Association syndicale des Médecins de la Haute-Saône.

Assemblée générale du 30 septembre 1892.

Présents : MM. Spindler, *Président* ; Maussire, *Secrétaire* ; Schurrer, *Trésorier* ; Massin, Bontemps, Miroudot, *Délégués*.

MM. Goudot, Perchet, Richard, — Chané, Dupont, Fournier, Gauthier, Grisey, Henri, Levrey, Bedon, Coillot, Delerse, Doillon, Glanchard, Guilleminot, Mouchotte, Pitoy, Racine, Revaclez.

Excusés : MM. Haris, Pinguet, Gourdan-Fromentel fils, Hory-Hory, Signard, Licolin.

M. le Président constate que le nombre des membres de l'Association s'élève à quarante-cinq. Il rend hommage aux confrères décédés et passe en revue les travaux de l'année.

Vous m'aviez chargé, l'an dernier, de vous présenter un projet de réglementation concernant l'indemnité-maladie.

Je me serais fait un devoir de répondre à votre attente, si cette question n'avait été prise en considération par l'Association générale des Médecins de France, qui n'a encore arrêté aucune résolution définitive.

Bien que le courant d'opinion qui paraît prévaloir dans les hautes sphères de l'Association générale ne semble pas devoir donner satisfaction à ceux qui désireraient que la caisse de l'indemnité-maladie fût moins une caisse de secours destinée à venir en aide aux nécessiteux qu'une caisse de prévoyance pour tous les membres participants, nous ne pourrions entamer aujourd'hui une discussion opportune. Respectons les espérances, j'allais dire les illusions de ceux qui croient que cette Association répondra à l'attente du plus grand nombre de ses membres, et attendons sans impatience qu'elle ait dit son dernier mot.

Lorsque j'ai pris possession de la présidence, je me berçais de l'espoir de vous annoncer cette année la promulgation de la loi sur l'exercice de la médecine ; mon espoir a été déçu. Cette loi a eu les honneurs répétés de la discussion, et la procédure parlementaire est assez avancée pour qu'on puisse légitimement présumer que les dispositions arrêtées en dernier lieu et consacrées par un vote de la Chambre des députés seront acceptées par le Sénat. Puissent les résultats acquis être maintenus et aucune déception nouvelle ne nous être réservée !

Je considère d'abord comme résultats acquis le bienfait de l'existence légale assuré aux Syndicats médicaux, quelque regrettables que soient les restrictions formulées dans la loi, restrictions qui témoignent d'une méfiance imméritée à l'égard du Corps médical. Jusqu'à présent nous avons vécu sous le régime de la tolérance, et dans la Haute-Saône, je m'empresse de le reconnaître, aucune entrave n'a été apportée à la liberté de nos délibérations.

Le régime de la tolérance a néanmoins ses dangers ; nous voudrions les ignorer, que les événements survenus récemment dans le département des Vosges, nous fourniraient à cet égard des enseignements utiles à méditer.

Quelques esprits inquiets prétendent que les avantages promis par la loi sur l'exercice de la médecine sont une compensation insuffisante des graves atteintes que cette loi portera a notre indépendance.

L'interprétation pratique qui sera donnée aux dispositions concernant la déclaration à la mairie des maladies épidémiques et le droit de réquisition accordé aux autorités judiciaires nous dira si les craintes qu'ils manifestent sont dénuées de fondement.

Quoi qu'il en soit, remercions nos amis de l'énergie qu'ils ont apportée dans la défense de notre cause ; réservons notamment une bonne part de nos remerciements aux représentants de la Haute-Saône, en particulier à nos Confrères Levrey et Signard ; prions-les de vouloir bien, jusqu'à la dernière heure, redoubler de vigilance et montrer à l'avenir pour nos intérêts la même sollicitude et le même zèle que par le passé.

M. Spindler lit un rapport sur l'assistance médicale gratuite et obligatoire, la protection de la santé, l'art des accouchements et la responsabilité des sages-femmes.

Il donne ensuite lecture, au nom de M. le Dr *Massin*, de Vauconcourt, d'un rapport sur la loi Roussel, sur la vaccination et la revaccination, sur l'hygiène et sur la constatation des décès.

L'assemblée Générale adresse des félicitations aux deux rapporteurs et décide que les rapports et les vœux suivants seront déposés sur les Bureaux des diverses Commissions par les médecins membres du Conseil Général, de la Chambre des Députés et du Sénat :

1° Le Syndicat des Médecins de la Haute-Saône, prenant en considération la situation des nouvelles accouchées indigentes dignes de tout intérêt, demande le maintien de l'art des accouchements dans le programme du projet de loi sur l'assistance gratuite, conformément au projet adopté en première lecture par la Chambre des députés le 11 juin dernier.

2° Le Syndicat des Médecins de la Haute-Saône, tenant compte des raisons d'ordre économique et humanitaire qui recommandent les nouvelles accouchées à la sollicitude des pouvoirs publics, émet le vœu que des dispositions législatives obligent les sages-femmes à concilier la pratique des accouchements avec les progrès de la science moderne.

3° Le Syndicat des Médecins de la Haute-Saône demande que la loi Roussel, du 23 décembre 1874, soit appliquée dans son intégralité, car l'élevage mercenaire ne doit pas échapper à la surveillance

sous le couvert de la parenté. (Rapport de M. Richard à l'Académie de médecine.)

4° Le Syndicat des Médecins de la Haute-Saône demande l'application des arrêtés et circulaires qui réglementent l'inspection médicale dans toutes les écoles de France, et émet le vœu que la vaccination et la revaccination soient obligatoires.

5° Le Syndicat médical de la Haute-Saône demande que notre législation sanitaire soit mise en rapport avec les découvertes modernes pour assurer à la nation l'immunité de certaines maladies évitables.

6° Le Syndicat médical de la Haute-Saône demande enfin que la constatation des décès devienne obligatoire.

Avoir du Syndicat :

Le Trésorier communique l'état des recettes et des dépenses et constate que la balance s'établit par un avoir de 4,462 fr. 79

Cette somme se décompose en :

Un livret de la Caisse d'épargne..	4.197.40
En caisse du Trésorier............	265.40
	4.462.80

Caisse des pensions de retraite du Corps médical français.

La Caisse des Pensions de retraite se monte, en ce moment, à près de 400,000 fr. et c'est dans deux ans, en 1894, qu'elle commencera à délivrer les premières pensions.

Nous ne pouvons qu'engager nos Confrères à penser un peu à leur vieillesse. Dire qu'une somme annuelle de 130 fr., donnée par un Médecin de trente ans, suffirait pour lui assurer, à soixante ans, une pension de *droit* de 1,200 fr. ! Et on hésite !

Composition de la Chambre syndicale.

Président.

Dr Bontemps, de Jussey.

Vice-Président.

Dr Richard, d'Autrey-les-Gray.

Secrétaire.

Dr Maussire, de Vesoul.

Trésorier.

Dr Schurrer, de Vesoul.

DÉLÉGUÉS

Arrondissement de Vesoul.

Dr Bontemps, de Jussey.

Arrondissement de Lure.

Dr Miroudot, de Villersexel ; Dr Stourme, de Luxeuil.

Arrondissement de Gray.

Dr Massin, de Vauconcourt ; Dr Gourdan-Fromentel fils, de Gray.

Syndicat médical des Basses-Cévennes.

8 octobre 1892.

Présents : MM. Mazel, *Président* ; Cambassédès, *Secrétaire* ; Galtier, Boutes, Maquet, Espagne, Rocheblave, Balestrier, Nînes.

Excusés : MM. Bouguet, Taron, Teissonnière.

Après règlement de questions locales, le Président donne lecture de la lettre du Président de l'Union des Syndicats invitant le syndicat des Basses-Cévennes à envoyer un délégué à l'Assemblée générale du 27 novembre ; il donne lecture également des propositions faites au sujet de la revision des statuts de l'*Union*.

Après discussion le syndicat déclare approuver la teneur des modifications proposées et estime que la nature de ces modifications n'exige pas impérieusement la présence d'un délégué spécial du syndicat.

La prochaine réunion se tiendra à Quissac.

Le syndicat maintient les deux réunions annuelles en mai et octobre. Les convocations seront envoyées une semaine à l'avance. Les frais de banquet et autres seront supportés par la caisse du syndicat.

L'assemblée, malgré la vive opposition de M. le Dr Mazel, maintient, pour l'année 1892-1893, le même bureau qui reste ainsi composé :

Président : M. le Dr Mazel, de Auduze ; *Vice-président* : M. le Dr Galtier, de Erauges ; *Secrétaire-Trésorier* : M. le Dr Cambassédés, de Vigan.

NÉCROLOGIE.

Le service funèbre de M. le Dr *Chevandier*, sénateur de la Drôme, a eu lieu jeudi à midi. Une nombreuse réunion de notabilités de la politique et de la science, et une foule d'amis, venus de tous côtés, ont fait le plus imposant des cortèges à la voiture funèbre qui disparaissait sous l'amoncellement des couronnes offertes par des mains pieuses.

Le Conseil de Direction du Concours et le Bureau de l'Union des Syndicats se sont empressés de rendre, à notre regretté confrère, un suprême hommage et ont déposé au nom des deux Sociétés sur son tombeau, au cimetière Montmartre, une couronne tribut de leur estime et de leur reconnaissance.

Des discours ont été prononcés par M. *Loubet*, sénateur, ancien ministre de l'intérieur, au nom des députés et sénateurs de la Drôme ; par M. *Cézilly*, au nom du Concours médical et des Syndicats ; par M. de *Pietra Santa*, au nom de la Société d'hygiène et par plusieurs amis et compatriotes du défunt.

REPORTAGE MÉDICAL

Nous sommes heureux de faire part de la promotion au grade d'officier de la Légion d'honneur, de notre cher confrère, le Dr Gibert, du Havre, Président d'honneur des Syndicats médicaux, Membre du Conseil de Direction du Concours Médical, *créateur du premier dispensaire pour enfants.*

C'est à l'occasion de l'épidémie de choléra du Havre que M. Gibert a obtenu cette distinction si méritée. Il ne s'est pas épargné sur le champ de bataille que le fléau a jonché de cadavres. Il a sauvé la ville, avec ses confrères, d'un désastre commercial incalculable. Tous les Havrais leur en seront reconnaissants. M. Gibert a failli payer de sa vie son dévouement, comme l'infortuné Piasecki.

Sont nommés, au Havre, chevaliers de la Légion d'Honneur, deux membres du Concours, MM. Boutan et Lemercier. Tous les médecins du Havre et le Dr Lemaire, du Tréport, ont reçu une médaille de vermeil.

Nous notons encore la nomination, au grade de Commandeur, de M. Dujardin-Beaumetz, Président de la Caisse des pensions du corps médical français ;

Celles de MM. Péan et Proust au même grade ;

Et les nominations au grade de chevalier de MM. Reulos, de Villejuif ; Guiffart, de Cherbourg ; Boutet, d'Ogerus, membres du Concours médical.

— Les membres du Concours ont appris avec une grande satisfaction qu'un de nos sociétaires, le Dr Viger, député du Loiret, vient d'être chargé du portefeuille de ministre de l'agriculture. Le Dr Viger s'était acquis une grande notoriété à la Chambre par ses travaux sur les questions économiques et agricoles. Nous lui adressons nos plus sincères félicitations.

— *Patronage laïque d'apprentis.* — Il y a une foule d'œuvres de bienfaisance, créées par des médecins, en pleine prospérité, ayant fait germer près d'elles d'autres œuvres semblables,et qui néanmoins sont inconnues des médecins eux-mêmes. Combien d'entre nous connaissent le patronage laïque d'apprentis et de jeunes employés du IIIe arrondissement ? Pas beaucoup probablement. Et cependant cette œuvre, fondée en 1885 par le Dr Perrin, est non seulement en pleine prospérité et permet de réunir les jours de fête tous les jeunes gens que guettent les tentations malsaines, de les conduire en promenade partout où l'on peut les instruire en les récréant, de leur procurer des jeux de toutes sortes, des lectures utiles et attrayantes, mais de plus, elle a été le premier grain semé d'où sont sorties d'abondantes moissons. Maintenant tous les arrondissements de Paris, à l'exemple du IIIe, possèdent des patronages semblables. Et de plus, une loi votée au commencement de novembre dernier, facilite l'organisation, dans toute la France, d'œuvres du même genre.

Il y avait auparavant des patronages, certainement utiles et intéressants, mais qui n'admettaient chacun que certains jeunes gens, ceux-ci les catholiques seulement, d'autres les protestants, d'autres les juifs. L'idée du Dr Perrin a été de faire une œuvre de protection des jeunes ouvriers, en dehors de toute religion et de toute coterie. L'idée était certainement juste et venait à point : la meilleure preuve, c'est qu'elle a été féconde.

Le 11 décembre 1892, a eu lieu la fête annuelle, sous la présidence du Dr Chautemps, député du IIIe arrondissement. Celui-ci a très éloquemment fait ressortir, aux applaudissements unanimes des assistants, le mérite du trop modeste fondateur de l'œuvre.

— *La désinfection pour tout le monde.* — Jusque dans ces derniers temps, la désinfection était faite gratuitement pour tout le monde, les riches comme les pauvres. Il y avait là un abus dont la raison d'être venait de ce qu'il n'y avait pas d'établissement payant, offrant les garanties désirables. Dorénavant, cet abus n'aura plus lieu d'exister, car nous apprenons qu'il existe maintenant un sanatorium parfaitement installé, et dirigé par un docteur en médecine, rue Lantiez, qui dispensera désormais les gens aisés de demander l'aumône d'une désinfection aux étuves municipales, réservées aux seuls indigents.

— *Médecins du bureau de bienfaisance.* — Quelques protestations nous sont adressées sur la façon dont ont été attribuées provisoirement les places de médecins des consultations créées récemment. Quand il y a un concours, en plus des points attribués aux compositions, il y a des points supplémentaires donnés de la façon suivante : les anciens internes ont 4 points, les anciens internes provisoires 3 points, les anciens externes 1 point, et ceux qui ont fait des remplacements au bureau de bienfaisance, 1, 2 ou 3 points, suivant la durée de ce remplacement. Il semblait donc tout naturel et très logique que, pour l'attribution provisoire des places de médecins des consultations, qui donneront en outre des points supplémentaires lors du prochain concours, on tînt compte des points supplémentaires déjà acquis. Or il n'en a rien été, et on n'a tenu aucun compte des remplacements antérieurs de médecins du bureau de bienfaisance. La chose est profondément regrettable ; car elle tendrait à créer des sentiments d'animosité entre les médecins lésés et ceux qui ont été favorisés ; s'il est impossible que tout soit parfaitement juste, il y a cependant un moyen d'éviter les récriminations, c'est d'appliquer les règlements sans parti pris.

Nous désirerions vivement recevoir des explications de l'administration.

— *Patente des médecins en France.* — D'une publication faite par M. Leroy-Beaulieu, il résulte que la profession médicale paie au fisc, pour la patente, la somme de 12 millions 384,930 francs, ainsi répartis : 11 millions 757.612 francs, payés par 14.886 docteurs en médecine, et 627,318 francs par 2,832 officiers de santé.

— *Institut Pasteur à New-York.* — On construit en ce moment à New-York, dans la 99e rue, Central-Park, un monument destiné à un nouvel Institut Pasteur.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

Vient de paraître :

Bibliothèque générale de médecine.
Section historique.

Les trois livres de Jérome Fracastor sur la contagion, les maladies contagieuses et leur traitement. Traduction et notes par le Dr Léon Meunier, in-18 de 372 pages. Prix : **3 fr. 50** ; net : **2 fr. 80** franco.

M. le professeur Fournier a bien traduit la syphilis de Fracastor ; mais c'est, croyons-nous, la première fois que le lecteur pourra lire en *français*, les trois livres sur la contagion. M. le Dr Jules Rochard parle ainsi de ce traité : « Fracastor exposa une doctrine de la contagion qui est arrivée jusqu'à nous et que les découvertes modernes de la science expérimentale ont confirmée sur un grand nombre de points. » Remercions donc notre distingué confrère Léon Meunier, pour sa fidèle et élégante Traduction, et mettons son livre *édité avec grand soin* dans nos bibliothèques.

Le Directeur-Gérant : **A. CEZILLY.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année N° 3 21 Janvier 1893

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Séance du Conseil de Direction du 10 janvier.

Entrevue avec M. le doyen Brouardel.

Avant de mettre à exécution quelques-unes des décisions prises dans notre dernière Assemblée générale, le Comité de direction du *Concours médical* a pensé qu'il serait bon de connaître l'opinion de l'éminent doyen de la Faculté de médecine, M. le professeur Brouardel, sur certaines questions intéressant la profession médicale et, dans ce but, il lui a demandé une audience, qu'avec sa bonne grâce habituelle il s'est empressé de lui accorder.

Mardi dernier, sauf M. le Dr Gassot, retenu au dernier moment par les obligations professionnelles, nous nous sommes donc tous rendus chez M. le Dr Brouardel qui a bien voulu se prêter à une conversation que nous allons tâcher de résumer le plus exactement possible.

Le Conseil de direction du *Concours médical*, lui avons-nous dit, a l'intention de faire déposer, à la Chambre des députés, un amendement à *la loi sur la protection de la santé publique* (Rapporteur M. le Dr Langlet), demandant que l'Etat soit chargé de procurer des moyens d'existence aux familles des médecins morts victimes d'une épidémie, comme cela se pratique dans les pays voisins, notamment en Autriche, Allemagne, Italie et Russie.

Je suis complètement d'accord avec vous sur cette question, nous répondit M. Brouardel, et j'ajoute même, que si j'avais l'honneur d'être commissaire du gouvernement, dans la discussion de cette loi, j'appuierais de toute mon influence la prise en considération de votre amendement que je trouve absolument juste. Cependant, il ne faut pas croire que l'analogie soit absolument complète et assimiler entièrement le corps médical de la France à celui des pays voisins. — Et cela, fort heureusement pour nous, ajouta-t-il, car en Autriche, en Russie et en Allemagne notamment, la plupart des médecins sont de véritables fonctionnaires, et si, d'autre part, en Italie, cette obligation de l'Etat envers les familles des médecins victimes d'une épidémie est inscrite dans la loi, je crains bien que faute de fonds elle ne fonctionne pas. Mais là n'est pas la question et le principe en lui-même est bon. J'attire cependant votre attention sur deux points principaux : Pour avoir chance de voir votre proposition acceptée, il faut : 1° bien définir ce qu'on entendra par victime d'une épidémie et arriver à proposer une formule qui réglemente la constatation de la cause du décès, d'une façon analogue à ce qui se passe à la Société de sauvetage, pour les procès-verbaux de constatation d'actes de courage ou de dévouement ; 2° pouvoir indiquer, d'une façon au moins approximative, le nombre probable des cas se produisant, en moyenne, par année, afin que la Chambre puisse savoir d'une façon nette et à peu près précise jusqu'à quel chiffre une semblable décision intéresserait les finances de l'Etat.

Passant alors à une seconde question, nous avons demandé à M. le doyen son opinion au sujet de l'avantage qu'il pouvait y avoir à ce que les médecins fussent admis à titre consultatif aux délibérations des com-

missions administratives des hôpitaux et hospices de province, et s'il pense qu'un amendement dans ce sens puisse, utilement, être introduit dans la *loi sur l'Assistance publique* ?

La loi, nous a-t-il répondu, est adoptée à la Chambre des députés, sans aucune discussion publique sérieuse et simplement sur la proposition de la commission ; mais il n'est pas douteux qu'il en sera autrement au Sénat et que nombre d'articles seront ajoutés, modifiés ou supprimés par la Chambre haute. Vous n'avez donc pas à craindre que l'adoption de votre amendement soit une cause de retard pour la mise à exécution de la loi et je vous conseille de le faire présenter, s'il n'y existe pas déjà.

Je vous le conseille d'autant plus, qu'en de nombreuses circonstances, et tout récemment encore, j'ai pu constater officiellement combien les commissions administratives se montrent ignorantes des questions les plus élémentaires d'hygiène et négligent de prendre les précautions les plus simples et les plus utiles à la santé des malades. Sur ce point encore, je suis donc absolument et de tout cœur avec vous, puisque, pour mon compte particulier, j'ai déjà adressé cette demande à l'administration.

Nous avons ensuite demandé à M. le doyen son appui, près des pouvoirs publics, à l'effet d'obtenir que les étudiants en médecine soient autorisés à faire leur service militaire à l'époque seulement où ils seront pourvus de leur diplôme et en qualité d'aides-majors.

Nous lui avons fait observer qu'il importait peu, en effet, qu'un médecin sût manier bien ou mal un fusil, mais que l'armée et l'administration de l'armée, étaient intéressées au plus haut point, à ce que les médecins fussent instruits et au courant de leur service en temps de guerre. Que, du reste, dans certains pays voisins et notamment en Allemagne, les médecins étaient autorisés à faire leur service militaire, à leur convenance, soit en cours d'études, soit après avoir obtenu leur titre de docteur.

Hélas ! nous dit-il, sur ce point je me suis heurté à toutes les difficultés possibles et même, je dois le dire, au mauvais vouloir absolu de l'administration ; car, depuis plusieurs années, si MM. les ingénieurs ont droit à tous les égards et si ce titre est à lui seul une égide protectrice, il n'en est malheureusement pas de même de celui de médecin.

Cependant, on sait bien, en haut lieu, qu'en cas de mobilisation de nos forces militaires il faudra demander à l'élément civil 7,000 médecins supplémentaires pour assurer le service.

Ce qui revient à dire que, sauf les vieillards et les infirmes, tous les médecins de France valides, sans distinction d'âge, et sans s'arrêter à la limite de 45 ans, seront réquisitionnés pour le service de l'armée (1). En admet-

(1) Au sujet du rôle des médecins dans l'armée en cas de mobilisation, nous possédons actuelle-

FEUILLETON

Sur les conditions de l'hygiène hospitalière en France (*suite*),

Par M. le Dr H. Napias.

VI

D'ailleurs, j'aurais tant de choses à signaler, que je me risquerais de retenir, jusqu'à l'indiscrétion, l'attention de la Société. Il faut abréger, et je me contente de noter en passant l'absence totale de services d'enfants malades dans l'immense majorité des hôpitaux et même dans quelques-uns qui sont, par d'autres côtés, dignes d'être cités en exemple ; la mauvaise disposition de ces services dans les hôpitaux où ils existent ; les habitudes singulières qu'on a conservées de considérer les syphilitiques comme des malades particulièrement réprouvés, de les traiter avec une certaine rigueur, dans des quartiers fermés ; de les vouloir à toute force, dans tout circonstance, séparer des autres malades, si bien que, dans plusieurs hôpitaux, nous avons constaté qu'une malheureuse et honnête femme contaminée par son mari, était soignée sous les mêmes grilles et les mêmes verrous, dans les mêmes salles que les filles publiques !

Les administrations hospitalières qui pratiquent jusqu'à cette odieuse injustice l'isolement de cette catégorie de malades, n'ont rien prévu le plus souvent pour l'isolement des affections épidémiques.

Si les établissements hospitaliers de la ville de Paris possèdent à eux seuls 26 étuves à vapeur, il n'y en a dans les hôpitaux du reste de la France que 59, soit en tout 85 étuves à désinfection pour les 1,700 hôpitaux et hospices de notre pays.

Pour les pulvérisateurs à levier qui permettent d'assurer l'assainissement et la désinfection des parois et des plafonds, il en existe pour ces 1,700 établissements 79 en tout, savoir : 24 à Paris et 55 dans les départements.

Quant aux précautions pour assurer l'isolement, elles sont si rarement prises ou d'une façon si insuffisante qu'on ne pourrait considérer comme suffisantes que les installations d'une trentaine d'établissements en tout.

Le personnel de surveillance, qui n'est pas assez instruit, pour comprendre la nécessité de telles mesures, ne pratique l'isolement que sous forme de relégation : pour les femmes en couches, pour les syphilitiques, pour les aliénés de passage, ou bien pour les gâteux ou certains chroniques trop longtemps moribonds.

Je ne parle pas de la tenue des cours et courettes, des ruisseaux à ciel ouvert, de l'insouci de toute mesure rationnelle pour l'éloignement des immondices ; ni des cabinets infects qui quelquefois prennent jour et air par la salle de malades, comme à La..., comme à Ca..., etc. Je signale seulement comme particulièrement ingénieux le système qui existe à l'hôpital général de D....

Il y a dans cet établissement, à l'extrémité de deux grandes salles réservées aux vieillards, une large pièce carrée, voûtée à quatre pans avec, au centre, un énorme pilier de maçonnerie. Autour de ce pilier court une banquette de bois, circu-

tant donc que les médecins fussent favorisés par cette possibilité de ne faire leur service militaire qu'après avoir obtenu le titre de docteur, ce ne serait que justice, puisqu'ils doivent être ensuite, et cela d'une façon non douteuse, traités plus tard autrement que leurs concitoyens et à leur désavantage. J'ai fait des statistiques nombreuses ; leur résultat a toujours été qu'on arrive généralement au titre de docteur entre 26-27 ans, et c'est une des raisons pour lesquelles l'administration de la guerre se refuse à nous accorder la latitude de faire notre service militaire actif à un âge où nous devrions être versés dans la réserve. D'autre part, sur une moyenne de 600 nouveaux étudiants inscrits chaque année à la Faculté de médecine de Paris, 1/4 environ ont disparu pour des causes diverses à la fin de la 4e année d'études. Ces disparus font, naturellement, leur service militaire, mais ils ne le font pas avec leur classe et ce sont des complications que ces messieurs désirent éviter. Mais tout cela peut être réglementé, et avec du bon vouloir, ce ne sont pas des difficultés insurmontables.

Après avoir effacé, de la loi, les sursis d'appel. on a déclaré qu'elle était irréductible aussi bien pour le corps médical que pour toute autre profession ; mais j'espère bien que cette détermination n'est pas définitive, car déjà, depuis cette déclaration, l'Ecole Centrale vient d'obtenir, en fait, ce sursis, et ses élèves sont traités exactement comme nous demandons que les nôtres le soient. Il faut bien, du reste, que nous obtenions des modifications à l'état actuel, car, avec l'organisation présentement établie, les études médicales sont complètement entravées, *et nous ne pouvons plus marcher ainsi*. J'ai déjà fait de nombreuses démarches dans ce sens, j'en ferai encore de nouvelles, car, je vous le répète, des modifications sont indispensables et tout ce qui peut impressionner l'opinion dans ce sens ne peut nous être que favorable. Agissez donc de votre côté comme je le ferai du mien, car nous poursuivons un même but, qui est au moins autant l'intérêt de l'armée que le nôtre.

Nous avons alors entretenu M. le Doyen de l'accession des officiers de santé au titre de docteur ; nous lui avons demandé à quelle époque il pensait que le Conseil supérieur de l'instruction publique rédigerait le programme des examens et épreuves qui leur seront imposés et quel serait, à son avis, ce programme ?

Je ne puis, nous a-t-il répondu, vous donner rien d'officiel sur ce point et ce que je vais vous dire n'est absolument que mon impression personnelle.

La loi sur la médecine a été promulguée trop tard, en fin novembre, pour que le Conseil supérieur, que j'avais cependant saisi de la question, pût avoir le temps de s'occuper de la réglementation de ces examens et il ne

ment des renseignements, qui feront l'objet d'un article prochain aussitôt que nous les aurons complétés.

---

laire, percée de trous, dont chacun communique avec un tuyau de chute. Comme la pièce est vaste, on a utilisé un coin comme lavabo, un autre pour y mettre une table de travail pour un tailleur ; près d'une fenêtre, un cordonnier tire son ligneul. Les vieillards viennent là à diverses fins, les uns pour fumer ou causer en se promenant autour des autres qui, venus expressément pour s'asseoir sur la banquette circulaire, constituent au centre de cette salle comme un aréopage inattendu.

VII

Les causes des conditions d'hygiène si défectueuses que je viens de signaler sont très multiples. Je ne signalerai que les deux principales. D'abord l'insuffisance des revenus hospitaliers, ensuite leur emploi mal dirigé par des personnes dont la compétence n'est pas suffisante.

L'insuffisance des ressources ne tient pas, comme certains le disent volontiers et feignent de le croire, à la diminution des libéralités aux établissements de bienfaisance, diminution qu'ils ne manquent pas d'attribuer soit à la forme du gouvernement, soit aux doctrines philosophiques de tels ou tels membres de notre Parlement. C'est là une erreur absolue et je saisis cette occasion pour vous faire connaître les chiffres qui vous permettront de la réfuter à l'occasion :

Les libéralités aux établissements hospitaliers et aux bureaux de bienfaisance atteignaient en moyenne chaque année la somme *de 2 millions et demi environ pendant la première moitié de notre siècle*. Pendant la seconde moitié et jusqu'en 1878 elles étaient d'un peu plus de NEUF MILLIONS PAR AN. De 1878 à 1889, elles ont atteint une moyenne annuelle de plus de QUATORZE MILLIONS ET DEMI (14,512,345 fr.).

C'est donc ailleurs qu'il faut chercher les causes de l'insuffisance de ressources et c'est, d'une part, dans la répartition irrationnelle de ces ressources, répartition qu'on ne saurait réglementer, puisqu'il s'agit là d'actes individuels et volontaires, et d'autre part dans l'idée qu'on commence à se faire de l'importance des questions d'assistance où l'on consent à voir des questions sociales de premier ordre, des nécessités qui s'imposent, des besoins qu'il faut satisfaire. Or, il convient de remarquer que dans beaucoup d'endroits où se trouvent les établissements lamentables dont nous avons parlé, la commune ne se considère pas obligée au devoir d'assistance. On a un hospice, cela doit suffire. Tant mieux s'il est riche (et on le croit toujours plus riche qu'il n'est), tant pis s'il est pauvre.

Certes, s'il n'est pas dans notre pays de ville qui fasse pour son assistance publique de si larges sacrifices que la ville de Paris, il en est toutefois d'assez nombreuses qui subventionnent généreusement leurs établissements de bienfaisance et qui font tout leur devoir. Mais il en est aussi qui ne le font qu'imparfaitement ou pas du tout, et c'est pourquoi il est si désirable de voir le Parlement voter au plus tôt les lois qui doivent organiser l'assistance publique et qui ont été déposées par le gouvernement après avis du conseil supérieur.

Il faudrait aussi que ces lois armassent le gouvernement, comme l'a demandé le comité consultatif d'hygiène, pour qu'il puisse exiger, à l'aide des ressources actuelles et des ressources nouvelles qu'elles créeront, des dispositions hygiéniques satisfaisantes dans les établissements d'assistance.

pourra le faire qu'à la fin de juillet ; mais ce n'est pas un retard important, puisque la loi n'est exécutoire qu'une année après sa promulgation. Je comprends cependant que les officiers de santé désirent être fixés le plus tôt possible, sur ce point, pour pouvoir se préparer à l'examen, et je vous autorise à dire à ceux qui vous le demanderont, que M. Liard, président du Conseil supérieur de l'Instruction publique, et moi, sommes d'accord pour proposer que ces épreuves *soient surtout pratiques et n'obligent pas l'officier de santé à quitter sa clientèle pour venir étudier de nouveau à Paris.* Ce qui est à désirer, c'est que le futur docteur sache établir un diagnostic, formuler et rédiger un rapport ; c'est-à-dire, en somme, à peu de chose près le 4[e] doctorat, plus la thèse, qu'il est impossible d'éviter, mais pour laquelle les observations de leur pratique habituelle doivent fournir des éléments suffisants. Du reste, il est probable que les titres universitaires et les récompenses académiques seront pris en grande considération au moment des épreuves.

— Les deux années d'exercice comme officier de santé seront-elles exigées ? lui avons nous alors demandé. — Je ne puis vous répondre absolument sur ce point, nous dit-il ; ce que je puis vous répéter, c'est que ce règlement, tout en offrant des garanties suffisantes de savoir, sera évidemment rédigé sur des bases très libérales.

Pour terminer, nous avons alors demandé à M. le Doyen s'il voudrait permettre que des exemplaires des statuts de la Caisse des pensions de retraite du corps médical français fussent déposés au secrétariat de la Faculté de médecine, afin qu'on en remît un exemplaire à chaque nouveau docteur.

J'y consens d'autant plus volontiers, nous répondit M. le doyen, que, chaque année, je consacre un de mes cours à l'étude et à la propagande de toutes les œuvres de prévoyance et de solidarité confraternelles. Je serai heureux d'ajouter votre caisse à mon programme et j'engagerai fortement mes élèves à se rendre compte de son utilité.

Il ne nous restait plus qu'à remercier vivement notre sympathique doyen de sa complaisance et de l'amabilité avec laquelle il avait bien voulu nous répondre ; ce que nous avons fait très chaudement en notre propre nom et au nom des sociétaires que nous étions venus représenter près de lui.

Pour le Conseil de direction :
Le Secrétaire : Dr MAURAT.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le traitement des dyspepsies.

La pathologie de l'estomac est encore extrêmement vague en ce qui concerne les dyspepsies et les gastralgies. Les recherches chimiques ont fait certainement faire un grand pas à

Ces exigences doivent être les mêmes dans les établissements privés.

Tout cela me semble d'autant plus nécessaire que, bien que non partisan d'une centralisation à outrance, je voudrais qu'on pût obvier à l'inertie qui trop souvent s'observe dans certaines communes, petites ou grandes, en matière d'assistance comme en matière d'hygiène publique ; qu'on eût le moyen de remédier aux routines invétérées, aux abus qui se perpétuent *parce que ça a toujours été comme ça* et que cette formule constitue un argument commode et sûr et s'impose, victorieuse, en vertu d'un certain pouvoir fatidique des *mots*.

Sans doute il y a des commissions administratives dignes des plus grands éloges et je dirai presque d'admiration. Les hommes qui les composent, sagement économes des deniers hospitaliers dont ils règlent et surveillent *eux-mêmes* l'emploi, pratiquent le bien, recherchent le mieux, essayent de suivre la marche incessante du progrès, améliorent les services, ne craignent point de demander à la ville un concours que leur zèle, leur foi ardente dans leur œuvre, leur fait sûrement obtenir. Chose digne de remarque, c'est pour ces commissions que la surveillance administrative de l'Etat est le plus souvent efficace ; une inspection est une occasion de montrer ce qu'on a fait, de causer de ce qu'on médite, de prendre l'avis de personnes qui étudient les questions d'assistance d'une façon continue et qui peuvent dire ce qui existe ailleurs, indiquer les difficultés à éviter, les modifications à introduire dans des plans, etc.

Mais combien de commissions se désintéressent, ne recherchent pas une compétence technique par l'étude, s'en tiennent à des habitudes locales, qu'elles croient excellentes faute de termes de comparaison. C'est là qu'il faut prêcher la bonne parole, évangéliser au nom de l'hygiène ; c'est là qu'il faudrait pouvoir *exiger*.

VIII

Je termine, Messieurs, par des conclusions qui, si vous les adoptez, ne feront que renforcer celles qu'a formulées le comité consultatif d'hygiène.

Voici ces conclusions :

1° La Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle émet le vœu que dans la présente session le Parlement vote une loi qui organise l'assistance dans notre pays.

2° Sans vouloir entrer dans l'étude des principes de cette loi qui ne rentre pas dans le cadre ordinaire de ses travaux, la Société émet le vœu que la loi nouvelle exige dans tous les établissements d'assistance, soit publics soit privés, actuellement existants ou à créer dans l'avenir, des conditions rationnelles d'hygiène et de salubrité, et qu'enfin l'administration supérieure soit armée des pouvoirs nécessaires pour assurer la réalisation de ces conditions.

3° Le personnel médical doit être nommé au concours et les épreuves de ce concours doivent porter, notamment, sur l'hygiène générale et l'hygiène hospitalière. Le personnel secondaire doit être tenu de justifier de sa compétence professionnelle.

Nous donnerons le résumé de la discussion.

la question, mais les discussions des Sociétés savantes montrent combien peu est établi l'accord entre les médecins au point de vue du diagnostic et du traitement des dyspepsies. La Société Médicale des Hôpitaux et la Société de Thérapeutique s'occupent en ce moment de cet important sujet, et, tout dernièrement encore, M. *Debove* est venu combattre les tendances généralisatrices des élèves de M. Bouchard qui trouvent de la dilatation de l'estomac chez presque tous les malades. Une simple anse intestinale remplie de gaz et de matières liquides, légèrement obstruée au voisinage de ses extrémités, donne sous le doigt percuteur la sensation de clapotage comme l'estomac. M. *Le Gendre* proteste et affirme que le son n'est pas du tout le même dans ces deux cas, et qu'il est impossible de s'y tromper, quand on a bien retenu le bruit, après un ou deux examens.

La classification des dyspepsies est aussi controversée. M. *Huchard* a des idées un peu personnelles sur cette question. Il y a trois formes de dyspepsies avec dilatation stomacale, d'après cet auteur :

1° Dilatation gastrique, contemporaine de l'hyperacidité et due vraisemblablement à un état de contraction pylorique (elle disparaît assez rapidement par l'emploi de la médication alcaline intensive) ;

2° Dilatation gastrique due à la rétention et à l'accumulation des matières alimentaires dans l'estomac, accumulation et rétention qui sont certainement favorisées par le régime végétarien ; la preuve en est dans l'histoire d'un de mes malades chez lequel je fis disparaître rapidement la distension stomacale en substituant au régime végétarien, qui lui avait été à tort prescrit, le régime mixte que je propose ;

3° Dilatation gastrique incurable — celle de Bouchard — et qui résulte des lésions profondes des tuniques muqueuse et musculeuse de l'estomac par suite de l'irritation incessante due à l'état d'hyperacidité gastrique. Cette distinction clinique entre les différentes variétés de distension ou de dilatation gastrique est importante, si l'on veut bien se rendre compte du degré de curabilité de la maladie. M. Huchard vante le régime carné contre les dyspepsies hyperchlorhydriques, et emploie le bicarbonate de soude à haute dose.

M. *Bovet* ne partage pas absolument l'opinion de M. Huchard.

Il insiste pour qu'on ne porte jamais le diagnostic d'hyperchlorhydrie ou de toute autre dyspepsie sans avoir préalablement fait l'analyse du suc gastrique, comme on le fait pour l'urine du diabétique, de l'albuminurique. La méthode analytique, dite du chimisme stomacal, due à la collaboration de MM. Hayem et Winter, répond à tous les cas pathologiques connus.

Quoique très partisan du traitement par les alcalins, il n'oserait pousser les doses au delà de 8 à 10 gr. par vingt-quatre heures, de peur de provoquer chez l'hyperpeptique-chlorhydrique une sécrétion permanente de l'acide chlorhydrique pouvant aboutir à l'atrophie glandulaire, maladie autrement grave que l'hyperchlorhydrie que l'on a voulu combattre.

M. *Dujardin-Beaumetz* ne croit pas qu'on puisse être sûr de son diagnostic, tant qu'on n'a pas fait l'examen du suc gastrique. Lui seul peut révéler si l'acidité exagérée est due à l'acide chlorhydrique ou à l'acide lactique, ou à des fermentations locales. On peut de même présenter les symptômes de l'albuminurie, sans avoir d'albumine dans les urines ; il s'agit de les analyser pour être fixé.

Il ne pense pas non plus que M. Huchard soit autorisé à baser absolument son diagnostic sur les résultats du traitement, car il est incontestable que le bicarbonate de soude augmente la sécrétion du suc gastrique acide. Le signe de la douleur, quelques heures après les repas, qu'il invoque pour asseoir son opinion, ne saurait nous éclairer davantage, car il apparaît aussi dans la dyspepsie hépatique, liée à la lithiase biliaire. On peut, dès lors, être induit en erreur.

Traitement de l'ataxie locomotrice.

Le Dr *Marie* résume de la manière suivante la méthode thérapeutique qui lui paraît la plus rationnelle contre le tabes dorsal :

L'ergot de seigle est un des rares médicaments utiles ; il combat efficacement les troubles urinaires et quelques autres symptômes. On le donnera à doses modérées et en fractionnant les périodes pendant lesquelles le malade sera soumis à son action ; soit, par exemple, deux ou trois prises de 0.30 de poudre d'ergot pour chacun des trois premiers jours de chaque semaine, et cela pendant un mois ou six semaines.

Le traitement spécifique ne semble pas améliorer le tabes, et il peut être nuisible chez les individus cachectiques.

Cependant, on peut le prescrire quand les malades semblent de force à le supporter, en le dirigeant, non contre les manifestations du tabes, mais contre les autres lésions de nature syphilitique, qui sont parfois des complications si graves de la maladie médullaire : artérite chronique suivie de l'hémorrhagie cérébrale, paralysie générale, fille de la syphilis encéphalo-méningée. Peut-être le traitement peut-il ralentir la marche de la maladie qui reste stationnaire ? On emploiera le mercure en frictions et l'iodure de potassium à la dose de 2 ou 3 grammes.

La médication externe est plus active dans le tabes que la médication interne. M. Charcot préconise les pointes de feu nombreuses, superficielles et appliquées environ toutes les semaines le long des gouttières vertébrales. La suspension agit réellement contre certains symptômes : douleurs fulgurantes, incoordination, troubles génito-urinaires. Elle est contre-indiquée chez les tabétiques qui présentent des affections-cardio-vasculaires, de l'athérome, de l'emphysème, une tuberculose pulmonaire avancée, de l'obésité ou même simplement des dents en trop mauvais état.

Rumpf a beaucoup recommandé la faradisation cutanée ; la galvanisation du rachis, avec ou sans galvanisation des nerfs périphériques, est très usitée.

En fait, on ne peut guère, dans le tabes, agir que sur certains symptômes, et M. Marie conseille de procéder de la façon suivante :

A l'incoordination et aux troubles génitaux, on opposera surtout la suspension. Contre les troubles urinaires, on donnera le seigle ergoté.

Les douleurs fulgurantes seront combattues par tous les antialgiques : antipyrine, acétani-

lidé, exalgine, etc., par les narcotiques et par les opiacés. Il faut résister autant que possible aux sollicitations des malades qui demandent de la morphine et il ne faut y recourir que lorsque les douleurs sont épouvantables ou que les phénomènes douloureux ne se montrent que par accès, par crises, c'est-à-dire principalement dans les douleurs viscérales. Contre ces dernières, on emploiera aussi la glace, les différents révulsifs, l'application *loco dolenti* des pointes de feu ou d'un vésicatoire.

Si l'état de santé le permet, on se servira du traitement antisyphilitique ; on prescrira les frictions mercurielles pendant trois semaines et on administrera l'iodure pendant un long temps. A la première menace d'accidents, il faut suspendre immédiatement.

M. Marie est contraire à la pratique de Weir-Mitchell, qui conseille de laisser les malades au lit ou au moins au repos complet. Il recommande d'éviter que les ataxiques se désapprennent à marcher et se borne à recourir à des artifices, à des chariots, etc.

Diagnostic de la phthisie laryngée.

Pour M. *le Dr Cuvillier*, le diagnostic positif de la phthisie laryngée, facile quand des lésions laryngées coexistent avec la tuberculose pulmonaire, devient très délicat si les résultats de l'auscultation sont incertains ou négatifs. Il insiste sur l'importance, au début de la phthisie laryngée, de l'anémie de la muqueuse, avec paresthésie de l'organe et parésie des cordes ; sur l'opiniâtreté et les récidives de catarrhe à marche traînante ; sur l'infiltration de la région inter-aryténoïdienne, avec lésions des cordes vocales inférieures.

Le *catarrhe simple* se distinguera par une rougeur généralisée, par l'aspect de la muqueuse lisse, unie, sans gonflement ni ulcération. Notons que, sous l'influence du froid, un tuberculeux pulmonaire peut être atteint de laryngite catarrhale simple (laryngite des tuberculeux). La *laryngite chronique hypertrophique* se distinguera par les lésions voisines (pharynx, nez), par l'état des poumons.

Dans les *paralysies vocales*, par lésion des récurrents, l'examen du thorax et de l'état général fera éliminer les causes possibles de compression nerveuse avant d'admettre celle due à la dégénérescence tuberculeuse des ganglions.

Le diagnostic avec la *syphilis* est aisé à la période secondaire (aspect grisâtre en saillie des plaques muqueuses ; liseré carminé, inflammatoire ; érythème de la commissure antérieure ou du bord libre des cordes ; injection totale de la muqueuse). La voix seule est prise. Les gommes non ulcérées se reconnaîtront à leur aspect rouge d'abord, puis jaunâtre, à leur surface lisse, à leurs contours arrondis, à leur siège glottique et surtout épiglottique. S'il existe des ulcérations, on se rappellera que, contrairement à la tuberculose, la syphilis marche de haut en bas ; l'épiglotte est de préférence atteinte. Les ulcérations taillées à pic, arrondies, indurées, à fond grisâtre et sanieux, entourées d'un gonflement dur et rouge, sont rarement plus de deux ou trois ; fréquemment on n'en trouve qu'une. Elles gagnent rapidement en surface et en profondeur, aboutissent à des pertes de substance considérables et guérissent sous l'action du traitement général. La syphilis et la tuberculose peuvent être associées.

Dans le *cancer*, la douleur est beaucoup plus vive ; la voix a un timbre rauque spécial (voix de bois) ; la salivation, rosée ou sanglante, est excessive, fétide ; il y a des adénopathies secondaires ; la dysphagie est très marquée. La tumeur est arrondie, bien circonscrite, largement implantée, rouge violacé ; ou l'infiltration est diffuse, lisse ou mamelonnée. Les fongosités en choux-fleurs ulcérées, bourgeonnantes, sanieuses, avec hémorrhagies fréquentes et douleurs atroces, se reconnaîtront aisément.

Les *polypes* ont un siège différent des végétations de la phthisie polypeuse (cordes vocales inférieures) ; la muqueuse environnante est saine. Parfois le diagnostic peut être très délicat ; on fera l'examen histologique des fragments enlevés.

Il faut encore distinguer *le lupus* du larynx de la phthisie laryngée, quoique ces deux affections soient toutes deux causées par le même agent, le bacille de Koch.

Le lupus est généralement secondaire à une lésion cutanée, mais quelquefois primitif. Les lésions débutent à l'épiglotte : le fibro-cartilage devient rouge intense, s'infiltre, se couvre de granulations circonscrites, d'ulcérations à fond rouge, saignant difficilement, à sécrétion peu abondante, sans œdème périphérique. A un stade plus avancé on trouve des cicatrices plus ou moins irrégulières, blanchâtres, déprimées ou saillantes, pouvant elles-mêmes s'ulcérer. Peu de symptômes fonctionnels au début : pas de douleur, rarement de la dysphagie ; voix intacte. Le lupus du larynx, à cette période, *demande à être cherché*. Avec l'évolution, essentiellement chronique, les symptômes fonctionnels peuvent s'accentuer ; il existe alors de l'enrouement, parfois de l'aphonie ; la dyspnée, assez rare, nécessitera dans quelques cas la trachéotomie.

Index bibliographique.

Du Dermographisme, par M. Barthélemy. (*Progrès méd.*, n° 1, 1893, page 2.)

Etude clinique de la lèpre (*Journal des maladies cutanées et syph.*, 1892, page 673.)

Conduite à tenir dans les lésions oculaires causées par des corps étrangers. (*Gaz. des Hôp.*, 1893, page 17.)

CHIRURGIE PRATIQUE

Du cathétérisme dans la rétention d'urine.

Les deux articles que j'ai déjà consacrés, cette année, dans le *Concours médical*, au *cathétérisme normal* m'ont paru d'une nécessité absolue avant d'aborder le *cathétérisme dans les cas pathologiques* ; non pas que, dans ma pensée, les lecteurs de ce journal ne fussent pas au courant des manœuvres et du manuel opératoire, mais parce que, avant de décrire les cas difficiles, il me semblait de la plus grande utilité d'exposer une méthode pour le cathétérisme chez l'homme sain. L'introduction d'une sonde dans la vessie, ressemble à un accouchement en ce sens que, c'est très facile quand c'est facile et très difficile dans certains cas

compliqués et, dans les deux opérations, le médecin ne peut être sûr de lui que s'il agit toujours suivant une méthode déterminée, méthode toujours la même, aussi bien dans les cas normaux que dans les cas pathologiques.

Rien ne doit être négligé quand on est en présence d'un canal que l'on va sonder : percussion, palpation, examen digital de la prostate, antécédents pathologiques, choix de l'instrument à employer, position du chirurgien, du malade, préhension de la verge, manière de tenir la sonde, technique opératoire : rien, dis-je, ne doit être laissé au hasard autant que possible et si la dextérité de la main est un atout de plus dans la réussite de l'opération, il faut compter beaucoup sur la méthode qui a servi à parcourir un canal à l'état normal.

Par elle, le chirurgien saura toujours dans quelle partie de l'urèthre se trouve le bec de l'instrument, quels sont les obstacles qu'il rencontre et il ne s'en rapportera pas à ce moyen incertain et mauvais de la longueur du manche engagé: *tout dans le cathétérisme est une affaire de sensations à recueillir.*

Il était donc, à mon avis, nécessaire, je le répète, de bien étudier le cathétérisme normal suivant une méthode déterminée avant d'aborder les cas ardus : cette méthode, je l'ai apprise de mon maître Caudmont, je l'ai enseignée à l'Ecole pratique, je l'ai développée dans mes ouvrages et c'est pour cela que je l'ai rappelée brièvement dans les deux articles précédents, me basant sur les excellents résultats qu'elle me donne depuis vingt ans.

J'aborde maintenant l'étude du *cathétérisme dans la rétention d'urine.*

Un médecin est appelé auprès d'un malade atteint de rétention d'urine, que doit-il faire ? Examiner la situation d'abord et ne recourir au cathétérisme que si l'utilité et la nécessité lui en sont démontrées : quelquefois une piqûre de morphine, un suppositoire calmant, des lavements d'eau chaude, des compresses chaudes sur le ventre, des bains de siège ou des grands bains amèneront l'écoulement de l'urine: je laisse de côté les boissons qui ne peuvent qu'augmenter la quantité de liquide dans la vessie.

Mais il ne faut pas s'attarder outre mesure sur l'emploi de ces moyens ; si la rétention dure depuis 7 à 8 heures, si la médication externe ne donne pas de résultat 3 ou 4 heures après son application, le cathétérisme doit être pratiqué.

Le malade est généralement connu de son médecin ; de sorte que lorsqu'il est appelé auprès de lui pour une rétention, le médecin en sait déjà à peu près la cause : quelquefois, ce dernier ne connaît pas du tout le client qui a été pris d'une rétention d'urine subite ; dans tous les cas, néanmoins, il aura soin de se munir d'un arsenal de sondes suffisant pour répondre à tous les besoins, bougies filiformes armées, sondes en gomme courbes à bout olivaire de différents numéros, sondes en gomme coudées, bicoudées, mandrins de Guyon, sondes en caoutchouc vulcanisé, sondes métalliques n° 20 à petite et à grande courbure : seringue, vaseline boriquée stérilisée ; il fera préparer de l'eau boriquée chaude à 4 %.

Arrivé auprès du malade, le praticien l'interrogera sur la manière dont la rétention d'urine s'est produite, sur les antécédents, etc., examinera l'abdomen à la percussion, à la palpation, constatera l'état de la prostate et ayant décidé de pratiquer le cathétérisme fera coucher le malade et placera un coussin à hauteur des fesses.

Une rétention subite est produite par plusieurs causes : elle peut être due à une contracture du col compliquant un rétrécissement, à une hypertrophie prostatique, à un état névropathique, à des hémorrhoïdes, à l'étroitesse du méat, à un corps étranger ou calcul engagé dans le canal, etc.

L'interrogatoire du malade permet déjà de poser des jalons ; son âge est aussi un point de repère. Le Dr Richard écrivait en 1868 : « Deux maladies principales gênent, chez l'homme, l'émission de l'urine : le rétrécissement de l'urèthre et l'engorgement hypertrophique de la prostate. Et, pour juger les choses à l'extrême, si vous êtes réclamé près d'un malade pris d'une rétention d'urine, vous pouvez être presque assuré qu'il s'agit d'un rétrécissement de l'urèthre, si le sujet est jeune, et au contraire d'une hypertrophie de la prostate, si le malade a dépassé 60 ans. »

C'est un aphorisme qui a la valeur de tous les aphorismes en médecine : il est juste dans beaucoup de cas ; mais, comme nous l'avons vu plus haut, plusieurs causes, indépendantes de l'âge, peuvent occasionner des rétentions : en outre, on peut rencontrer des rétrécissements chez les vieillards.

Cependant *l'âge* est une présomption qui a une grande valeur.

Après avoir lavé ses mains, le prépuce et le gland du malade, pris tous les soins que réclame une asepsie rigoureuse, *comment le médecin procédera-t-il ?*

Plusieurs procédés ont été préconisés.

Des chirurgiens recommandent d'emblée et comme premier instrument à utiliser, la bougie à boule exploratrice d'un numéro 14 à 16, bougie parcourant le canal du méat à la vessie, si cela est possible : je crois que cet explorateur, très utile pour diagnostiquer les rétrécissements, l'est moins pour juger de l'hypertrophie prostatique et en même temps est difficile à faire passer dans la région membraneuse quand le cul-de-sac du bulbe est prononcé ou qu'il existe de la contracture du col ; la bougie exploratrice est, à mon avis, excellente pour le diagnostic de l'état de l'urèthre antérieur, du méat à l'aponévrose moyenne du périnée, mais inférieure pour renseigner sur l'état de l'urèthre postérieur ; puis une fois parvenu dans la vessie, cette bougie n'est pas un évacuateur, même quand elle est percée ; il faut donc la retirer et repasser une sonde choisie suivant le diagnostic que la bougie exploratrice aura fait connaître.

Quelques chirurgiens emploient d'emblée une sonde métallique à grandes courbures ; d'autres, les sondes courbes en gomme à bout olivaire, à bout rond, les sondes en caoutchouc, avec ou sans mandrin, toutes du n° 16 à 18 et la forme choisie suivant l'âge du malade.

Cette manière de procéder donne quelquefois d'excellents résultats : on est tout étonné parfois de la facilité de l'introduction d'une sonde molle en caoutchouc, qui trouve son chemin toute seule même chez les vieillards ; mais il y a un sérieux obstacle, c'est la contraction exagérée de la portion membraneuse, contraction qui augmente avec la plénitude de la vessie et surtout avec la durée de la rétention. C'est un procédé qui peut être recommandé, mais comme il peut très bien

ne pas réussir et qu'alors il faut en venir aux bougies filiformes, j'ai pris, depuis plusieurs années, l'habitude de recourir d'emblée à ces dernières et je m'en trouve très bien.

J'introduis donc une bougie armée assez fine, n° 7 ou 6, comme premier instrument, descendant même de numéro en numéro jusqu'à la bougie filiforme, si je n'ai pas réussi.

On a reproché à cette bougie de se replier facilement, d'érailler la muqueuse uréthrale, d'être d'une introduction difficile ; autant d'accusations qui tombent quand le médecin sait se servir de l'instrument, le manier avec douceur, s'arrêtant à chaque sensation d'obstacle, soit pour l'étudier, soit pour le tourner, évitant les fausses routes déjà faites ou à faire, par le tact des doigts, retirant un peu la bougie, s'il y a une petite résistance, la poussant de nouveau, après avoir changé la pointe de position.

Avec elle on pénètre dans les rétrécissements, on s'insinue dans la portion membraneuse : c'est une affaire de tact des doigts et de patience.

J'emploie cette bougie parce qu'elle est *le seul instrument qui passe dans tous les cas* et que son passage est d'autant plus facile que le canal n'a pas été irrité par des sondages antérieurs et répétés. En outre, cet instrument ayant pénétré jusque dans la vessie, on est pour ainsi dire, maître du canal, car alors, ou :

1° L'urine sortira le long de la bougie ;

2° On pourra la laisser à demeure pour la dilatation permanente ;

3° On pourra faire l'uréthrotomie interne d'emblée;

4° On pourra visser une sonde qui passera alors sur conducteur.

Cette manière d'opérer est donc pour moi la méthode de choix ; bien maniée, elle n'offre aucun danger. Il est toujours facile de retirer la bougie, si elle ne passe pas et de modifier la forme de la pointe, tortillée, en baïonnette, etc.

Cependant, il faut avouer que chez certains vieillards, que l'on reconnaît par le toucher rectal atteints d'une hypertrophie considérable de la prostate, il vaut mieux se servir soit de la sonde coudée ou bicoudée, soit de la sonde à grande courbure. Dans ces cas spéciaux, je commence toujours par l'essai *d'une sonde en caoutchouc molle, sans mandrin*. Les sondes à grande courbure s'introduisent aussi avec assez de facilité et sont moins douloureuses que les sondes coudées : il est aisé, si l'on n'en a pas dans sa collection, de s'en fabriquer une, séance tenante, avec un mandrin ordinaire, ou mieux avec le mandrin de Guyon ; on peut aussi employer le procédé classique d'augmenter la courbure, la sonde étant dans le canal, son bec sur l'obstacle, en retirant progressivement le mandrin.

Si l'on se sert d'instruments en gomme ou coudés du n° 15 à 20, on doit bien se rappeler que la région prostatique ne peut être parcourue chez certains vieillards qu'en inclinant le bec de l'instrument à droite ou à gauche à cause de l'augmentation des lobes latéraux.

Pour faire pénétrer *le bec dans la portion membraneuse*, un procédé qui m'a donné souvent d'assez bons résultats consiste dans le manuel opératoire suivant : la sonde lâchée de la main droite est reprise par la main gauche qui a abandonné la verge, les doigts tout près du méat : elle est maintenue dans l'axe du corps parallèlement à l'abdomen : alors, avec la main droite on agit de deux façons : ou l'on relève fortement les bourses et l'on tend le périnée, ce qui donne une surface d'appui à la courbure de la sonde et efface le cul-de-sac du bulbe ; c'est un moyen de faire engager le bec dans la portion membraneuse ; ou bien, tout en tendant le périnée avec le pouce, l'index est introduit dans le rectum et sert à guider la sonde.

On ne doit pas oublier que chez les vieillards, on n'abaisse jamais assez le pavillon entre les jambes du malade : quand il a passé la portion membraneuse, l'opérateur fait basculer la sonde en même temps qu'il la pousse pour ainsi dire vers le coccyx : l'urine n'arrive souvent que quand le pavillon est presque au méat et le manche parallèle aux cuisses du malade ; c'est pour cela qu'il ne faut, comme je l'ai déjà dit, ne jamais sonder un malade, sans un coussin sous les fesses.

Un point très important à rappeler, c'est que chez les vieillards, les sondes droites en gomme ne passent pour ainsi dire jamais, il faut toujours les courber très fortement avant leur introduction.

Enfin, il peut arriver que l'œil de la sonde soit dans la vessie et cependant que l'urine ne coule pas, cet œil étant bouché par du sang ou des mucosités : il est utile alors de passer dans la sonde, non pas un mandrin métallique qui pourrait passer par un œil de la sonde et blesser la vessie, mais une bougie en gomme de petit calibre n° 12 ou 13 : avec cet instrument, on arrive facilement, par des mouvements de va-et-vient, à déboucher les ouvertures.

J'ai eu bien souvent l'occasion de me rendre compte que, dans le premier cathétérisme pour rétention, les instruments en gomme à *bout olivaire* passaient mieux que ceux à *bouts ronds*, tous les deux étant toujours courbes, bien entendu.

Pour les cathétérismes difficiles, le médecin doit s'armer de la plus grande patience : la position du malade et la sienne doivent être exactement celles que j'ai indiquées dans un article antérieur : c'est le seul moyen de ne pas se fatiguer et de pouvoir conserver quelquefois pendant une heure l'attitude nécessaire pour essayer le cathétérisme.

Cependant, quand on ne réussit pas, le malade étant couché, on peut varier les positions : on placera le patient, debout, assis, dans la position de la taille périnéale.

Les mains doivent toujours être conservées aseptiques et si elles s'imprègnent de sang, il faut de suite les laver dans une solution de sublimé ou dans de l'eau bouillie salée.

Lorsque l'on s'est servi d'une bougie fine armée et qu'on a pu la faire parvenir jusque dans la vessie, on visse dessus une sonde en gomme n° 16 et on lui fait traverser le canal ; si elle ne passe pas, c'est que l'on est en présence d'un rétrécissement qui sera traité alors suivant les règles classiques. Il est évident que le chirurgien devra combattre la cause de la rétention aussitôt qu'il l'aura reconnue : extraction si l'on a affaire à un calcul ou à un corps étranger, ou refoulement dans la vessie, etc. Je n'ai pas à m'occuper ici de ces cas particuliers, pas plus que de la ponction et de la taille lorsqu'on n'a pu réussir une introduction.

Il est recommandé avec juste raison *de ne pas vider la vessie d'un seul jet* sans interruption. Sans cela, on amène souvent des accidents graves. Quand on est en présence d'un homme jeune,

l'urine sera évacuée en une seule séance, mais par portions.

S'il s'agit d'un vieillard, on laissera couler d'abord une certaine quantité d'urine, puis on la remplacera par une solution boriquée d'une quantité égale à la moitié de celle d'urine évacuée, et l'on continuera ainsi jusqu'à ce qu'il ne reste plus dans la vessie qu'un petit volume d'eau boriquée qui y restera à demeure.

S'il y a utilité et que l'on craigne de grandes difficultés pour le passage à venir de la sonde, il sera bon de laisser une sonde à demeure. Dans ces derniers temps M. le Dr Malécot a fait fabriquer des sondes très ingénieuses qui tiennent d'elles-mêmes dans la vessie et rendent ainsi d'excellents services, ainsi que j'ai pu m'en rendre compte. Elles permettent en outre de laisser dans le canal des sondes molles en caoutchouc sans crainte de retrouver ces dernières dans le lit à la nouvelle visite.

Si l'on n'a pas de ces sondes à sa disposition, il vaut mieux employer la *sonde en gomme* que celle *en caoutchouc* : la première se maintient mieux dans le canal. Ces sondes sont fixées par des brins de coton, s'attachant aux poils du pubis.

Il peut arriver que le chirurgien, pris à l'improviste, n'ait pas à sa disposition les instruments nécessaires ; doit-il en improviser séance tenante, fils de cuivre recourbés, cordons de cuir, etc. ; *je rejette complètement ces instruments improvisés* qui ont pu réussir quelquefois, mais qui sont désastreux généralement ; et s'il est déjà difficile de parvenir dans la vessie avec les sondes ordinaires, combien sera-t-il dangereux et impraticable d'utiliser des cathéters fabriqués à la hâte.

Comme le dit parfaitement Civiale, « il importe bien de se rappeler que le désir de soulager promptement des souffrances aiguës ne doit jamais faire fermer les yeux sur les conséquences probables, et même seulement possibles d'un procédé expéditif, mais non en harmonie avec l'état des organes ou l'aptitude du chirurgien. »

Dr Delefosse.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La répression de l'exercice illégal.

Plusieurs confrères, faisant allusion aux quelques paroles que j'ai prononcées lors du banquet dernier, me demandent comment je comprends la répression future de l'exercice illégal de la médecine.

L'indifférence passée des parquets, m'écrit un correspondant, n'est-elle pas faite pour nous faire mal augurer de leur zèle futur ? Et la répugnance qu'a le médecin à se faire personnellement dénonciateur n'assurera-t-elle pas encore de beaux jours aux sorciers, rebouteurs et médicastres de toutes robes ?

Un autre me demande si la *Société Civile du Concours médical* n'aurait pas qualité pour se charger, d'une manière générale, de la poursuite de l'exercice illégal.

Un troisième voudrait décharger de ce soin les syndicats locaux pour le reporter à l'Union des Syndicats.

Tous enfin déclarent ne pas très bien comprendre comment l'exercice illégal sera sérieusement réprimé.

Je ferai une réponse collective :

La loi Chevandier est parfaitement suffisante, puisqu'elle défère à la police correctionnelle les cas d'exercice illégal, puisqu'elle permet aux médecins individuellement, comme aussi à leurs associations régulières et à leurs Syndicats, le droit de citation directe sans parler de la faculté qu'ils ont de se porter partie civile dans les poursuites intentées par le Ministère public.

Ce sont là, on en conviendra, des innovations qui ont leur valeur. Mais ce n'est pas tout, et à la ridicule amende de 16 francs qui sanctionnait la loi de Ventôse, la loi Chevandier substitue l'amende de 100 à 500 francs et, en cas de récidive, l'amende de 500 à 1000 francs avec l'emprisonnement de six jours à six mois.

Le corps médical a entre les mains les armes qui lui sont nécessaires pour se défendre ; — c'est à lui de savoir s'en servir.

La loi ne sera exécutoire qu'au 1er décembre 1893, cela est vrai — mais, après avoir patienté près d'un siècle, nous saurons bien attendre encore quelques mois, et nous n'aurons pas mal employé ce répit accordé à l'exercice illégal si d'ici là nous nous mettons en sérieuse mesure de le combattre efficacement.

Le zèle des parquets — il n'y faut pas trop compter, j'en conviens, comme nous devons nous attendre à voir dans les premières affaires la loi Béranger recevoir une application peut-être trop fréquente. Mais il est des procureurs qui d'ores et déjà considèrent l'exercice illégal comme une plaie sociale et le poursuivent malgré l'inefficacité de la répression ; ne pouvons-nous leur accorder quelque confiance ? D'ailleurs, je le répète, nous n'avons plus besoin, comme autrefois, de l'intervention directe du ministère public.

Quant à la loi Béranger, elle ne s'applique pas indéfiniment et nous savons qu'elle n'a pas précisément pour but d'encourager la récidive — ce qui, pour nous, est le point important.

Mais je laisse toutes ces questions et m'arrête à celle qui me paraît la plus intéressante : *qui exercera les poursuites ?*

L'Union des Syndicats ? — Il n'y faut pas songer, puisqu'elle ne peut ester en justice.

Le Concours médical ? — Ce n'est pas son affaire, et, d'ailleurs, je vois mal comment son directeur pourrait soutenir à la fois des instances dans tous les coins de la France.

L'exercice illégal est une plaie essentiellement locale et c'est localement qu'il doit être poursuivi.

Les médecins devront-ils donc s'adresser isolément à la Justice et citer à tour de rôle la somnambule extra-lucide ou le guérisseur dont ils ont à se plaindre ? — Je ne le pense pas et pourtant je croirais fâcheux que, personnellement, ils parussent se désintéresser trop de la question.

Ce sont les Syndicats médicaux qui sont les organes tout naturels de la poursuite de l'exercice illégal ; ce sont eux qui, à défaut du parquet, devront saisir le tribunal et réclamer des dommages-intérêts.

Mais il n'y a pas de Syndicats partout, il s'en créera : le mouvement syndical n'est qu'à ses débuts et les tentatives nouvelles n'ont plus la cour de cassation à redouter.

Dans les réunions syndicales, les faits d'exer-

cice illégal seront examinés, les dossiers se constitueront, puis, au jour dit, la plainte sera portée dans les conditions qui auront été reconnues le plus favorables.

Et alors, pas de fausse pudeur, il faut frapper à la bourse et réclamer des dommages-intérêts qui viendront grossir la caisse syndicale. Un franc de dommages-intérêts, ce peut être une satisfaction morale, ce n'est pas le moyen d'empêcher le charlatan de continuer son commerce.

Le tribunal aura-t-il une première fois usé de la plus extrême indulgence ? Il ne faudra ni se décourager, ni montrer de l'humeur : on recommencera une autre fois et l'on sera plus heureux.

Quand un Syndicat sera bien décidé à ne plus tolérer d'exercice illégal dans sa région, cet exercice illégal y deviendra bien difficile, qu'on le croie bien. Mais il faut un peu secouer notre torpeur et nous rappeler l'adage du fabuliste :

Aide-toi, le ciel t'aidera.

Dr A. Gassot.

BULLETIN DES SYNDICATS

La réunion des membres du bureau de l'Union a eu lieu dimanche dernier 15 janvier. Le compte-rendu de cette réunion sera publié dans le prochain numéro.

Association syndicale des médecins de la Loire-Inférieure.

Séance générale annuelle du 4 juin 1892.

Présents : MM. Porson *président*, Destez, Patoureau, Luneau, Chachereau, de Larabrie, Rouxeau, Pérochaud, Landois, Grimaud, Crimail, Boiffin, Saquet, Malherbe, Josso, Lacambre, Benoît, Guillou, Simoneau, Doussaint (de Clisson), Paillard, Chantereau (de Saint-Etienne-de-Mont-Luc), Guiberteau (de Saint-Jean-de-Corcoué), Blaizot.

M. le Président lit l'allocution suivante :

Messieurs et chers Confrères,

Votre bureau a retardé jusqu'à ce jour la réunion générale qui a lieu ordinairement à la fin de janvier, dans l'espoir de fêter dans le banquet qui suit cette réunion la reconnaissance des syndicats médicaux par le Sénat, mais, à notre dernière séance, sur la demande de quelques confrères désireux de resserrer encore plus, s'il est possible, les liens qui unissent notre Société à l'Association de Secours mutuels, il a été convenu entre les bureaux des deux Sociétés qu'un seul et même banquet nous réunirait tous au mois de juillet.

Si nous devons remettre à cette époque le soin d'adresser nos félicitations aux personnes qui ont contribué au succès de nos revendications devant le Sénat, nous n'en devons pas moins constater, dès aujourd'hui, l'importance des résultats obtenus, ainsi que le zèle déployé par ces confrères dévoués, que nous sommes habitués à voir à notre tête toutes les fois qu'il s'agit de la défense de nos intérêts professionnels : je veux parler de M. le Dr Cézilly, le sympathique Directeur du Concours médical qui, depuis nombre d'années, nous a rendu tant de services, de ses collaborateurs, MM. Maurat et Gassot, et de M. le Dr Fourmestreaux, le nouveau Président de l'Union des Syndicats médicaux de France, qui, d'un commun accord, ont mené une campagne des plus actives et des plus heureuses auprès des membres du Gouvernement et du Sénat. N'oublions pas que, de son côté, le bureau du nouveau Syndicat des Médecins de la Seine a su prouver sa vitalité, dès sa naissance, en agissant, de son côté, avec la même ardeur auprès des pouvoirs publics.

Dans cette circonstance, les Syndicats de province n'ont pas manqué à leur devoir ; votre bureau lui-même n'est pas resté inactif ; après avoir eu la satisfaction de constater que les sénateurs de notre département avaient tenu leurs engagements, dès la première séance, en votant en notre faveur, il n'en jugea pas moins nécessaire de remettre sous les yeux de nos défenseurs au Sénat, dès le lendemain de la première discussion où nos intérêts avaient semblé si gravement compromis, tous les arguments qui plaidaient pour nous. Nous avons donc la conscience d'avoir contribué dans la mesure de nos forces au succès final.

Faisons maintenant des vœux pour que dans sa session actuelle la Chambre des Députés mette la dernière main à la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine, qui, si elle ne réalise pas tous les perfectionnements qu'on pourrait souhaiter, n'en constitue pas moins un grand progrès sur la loi de ventôse, déjà vieille de près d'un siècle.

Puissions-nous, à notre banquet de juillet, associer, dans un toast de reconnaissance, les noms de nos défenseurs les plus intrépides à la Chambre et au Sénat, M. le Dr Chevandier, le véritable initiateur de la loi nouvelle, Monsieur le Professeur Cornil et Monsieur Trarieux, le Sénateur de la Gironde, dont la chaude parole a su faire rendre hommage au dévouement et au désintéressement du corps médical, que des discours, que je qualifierai d'injustes et même de facétieux, avaient pu un instant faire méconnaître.

Désormais, nous pouvons être rassurés sur le sort qui nous est réservé ; le vote de la Chambre, qui n'est pas douteux, n'est plus qu'une formalité. Aussi, pouvons-nous considérer dès maintenant notre constitution comme officielle : je n'en veux pour preuve que les paroles prononcées au sujet des syndicats médicaux par l'éminent doyen de la Faculté de Paris, au lendemain du second vote du Sénat, dans la dernière réunion de l'Association des médecins de la Seine.

« Les syndicats sont nés, dit M. Brouardel, le jour où le médecin a trouvé devant lui une sorte de coalition des intérêts dits généraux, menaçant sa position ou l'obligeant à abaisser le taux de ses honoraires, de telle sorte qu'il devait renoncer à l'espoir d'assurer à sa famille, à ses enfants le rang social que lui-même avait acquis par son labeur. Des exemples trop démonstratifs ne laissent aucun doute sur ce point. Il est telle ville de province, et même plusieurs grandes villes, où tous les citoyens ont constitué une ou plusieurs Sociétés de Secours Mutuels, dans lesquelles ils sont tous inscrits, et imposent ainsi à tous les médecins un tarif d'honoraires absolument dérisoire. »

Après avoir défini le but et le rôle différents de l'Association, il constate qu'elle n'est pas constituée ni outillée pour lutter contre les coalitions d'intérêts privés ou collectifs, tandis que les syndicats le sont. Il termine en faisant des vœux pour la prospérité de ces derniers, et en assurant que les intérêts des deux Sociétés sont solidaires et non contradictoires, et que leurs œuvres se complètent.

De telles paroles dans la bouche du doyen de la Faculté de Paris sont un encouragement pour l'avenir de notre Société, en même temps qu'une récompense pour ceux qui luttent depuis des années pour faire pénétrer ces principes dans l'esprit de leurs confrères.

Notre Syndicat départemental peut se féliciter d'avoir grandement contribué au développement de ces idées d'association, et la publication de nos bulletins, de l'aveu de plusieurs de ces sociétés nouvelles, a été d'un puissant exemple pour elles ; nous avons tous le droit d'en être fiers.

Je dois pourtant exprimer un regret : c'est celui de voir encore un certain nombre de nos confrères hésiter à venir à nous ; ils ignorent certainement le tort qu'ils se font à eux-mêmes et qu'ils font en même temps au reste du corps médical, en demeurant isolés et en refusant de coopérer à la défense des intérêts communs. A Nantes, ne serions-nous pas aussi les maîtres de la situation vis-à-vis des Sociétés de Secours Mutuels, sans l'abstention de cinq ou six confrères, qui, sous le prétexte de ne pas vouloir aliéner leur liberté, préfèrent subir les fourches caudines de ces Sociétés.

Mais patience, Messieurs, le temps n'est pas éloigné où ces confrères aveugles reconnaîtront leur erreur, et où les circonstances les obligeront à entrer à leur tour dans la voie que nous leur avons ouverte depuis longtemps.

Pendant notre dernier séjour à Paris, à l'occasion de la réunion générale de l'Association, nous avons appris du Président du Syndicat des médecins de la Seine qu'un congrès de la Mutualité allait s'ouvrir au mois de septembre à Bordeaux ; des hommes éminents en ont pris l'initiative, parmi lesquels je citerai M. Burdeau, le député de Lyon, qui, voulant combler le grand vide laissé par la mort de M. Maze, s'est mis à la tête des œuvres de mutualité.

Le comité d'organisation de ce congrès a invité, dès le commencement de ses travaux, le Syndicat des médecins de la Seine, à lui faire connaître les idées et les préférences de ses membres, en ce qui concerne les différents modes d'assurer le service médical des Sociétés de Secours Mutuels et la rémunération due à leurs médecins.

Nos confrères de la Seine ont répondu que le système qui leur semblait le mieux satisfaire les intérêts de tous était celui de la rémunération à la visite, et que la somme de trois francs par visite constituait l'honoraire qu'il fallait atteindre.

Vous voyez, Messieurs, que nos confrères parisiens sont arrivés aux mêmes conclusions que nous, il y a quelques années ; espérons que leurs propositions seront admises au congrès de la Mutualité.

Ce système de la rémunération à la visite, qui doit être complété par le libre choix du médecin, est justement celui que nous demandons à voir appliquer dans le projet d'assistance des indigents à domicile, présenté par nous au Conseil général du département, au nom de la Commission d'Assistance.

Nous pensons, en effet, qu'il n'y a de services sérieux que ceux qui sont rémunérés dans une équitable mesure ; il ne faut pas que le médecin, pas plus qu'aucune autre personne, se trouve placé entre ses intérêts et son devoir ; d'ailleurs tout autre mode de rémunération laisse la porte ouverte à des appréciations malveillantes de la part des sociétaires ou des indigents secourus. D'autre part, si nous reconnaissons les immenses bienfaits de la mutualité, nous ne pouvons admettre qu'elle s'exerce à nos dépens. Dans le contrat qui lie le médecin aux Sociétés de Secours Mutuels, il y a deux sortes d'intérêts en présence, il ne faut pas l'oublier, ceux du sociétaire et ceux du médecin. Les uns et les autres doivent être sauvegardés. Il n'est pas douteux pour nous que le congrès qui va s'ouvrir ne s'inspire de cette double préoccupation.

Il fut un temps, Messieurs, où les conditions de l'existence pouvaient permettre au médecin d'être moins soucieux de ses propres intérêts ; c'est que la vie alors était plus facile, ses exigences étaient moins nombreuses, et le fardeau des dépenses moins lourd. Aujourd'hui, il n'en est plus ainsi, et nul de nous n'a le droit, ni pour les siens, ni pour ses confrères, de négliger les intérêts de la profession.

Ce sont là des principes que votre Bureau s'est efforcé de préconiser et d'appliquer, toutes les fois que l'occasion s'en est présentée.

M. le Secrétaire général trésorier lit le compte rendu suivant des travaux du Syndicat, depuis le 15 avril 1891, puis communique sa situation financière :

Situation financière du Syndicat médical de la Loire-Inférieure au 4 juin 1892.

Recettes	1.876 fr. 65
Dépenses	1.190 fr. 57
En caisse ce jour	686 fr. 08

(*Applaudissements répétés.*)

L'admission de M. Brindejonc, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité.

Renouvellement du Bureau.

Il est procédé ensuite aux élections pour le renouvellement du Bureau. Le Président, les Vice-Présidents et les Secrétaires sortants sont tous réélus.

L'élection des Syndics est remise à la prochaine séance, ainsi que celle d'un Secrétaire-Général-Trésorier, en remplacement de M. Luneau, réélu, mais qui a déclaré ne pouvoir accepter à nouveau cette charge en raison de ses nombreuses occupations. M. le Président exprime les regrets que cette résolution causera à la Société, et l'espoir que, d'ici la prochaine séance, M. Luneau reviendra sur sa décision.

Association professionnelle des médecins de Rouen.

24 Juin 1892.

Présents : MM. Cauchois, Président ; de Welling ; Debout ; Delabost ; Giraud ; Brunon ; Douvre.

Excusé : M. Judes Hue.

Après l'examen de diverses questions d'ordre intérieur et l'acceptation de la démission du Dr Lévesque, qui se retire pour raison de santé, la réunion passe à la seconde délibération sur les modifications apportées au tarif des honoraires.

Toutes ces modifications sont adoptées et le tarif demeure définitivement fixé ainsi qu'il suit :

Tarif d'honoraires :	Classes : Aisée	Moyenne	Ouvrière
	fr.	fr.	fr.
1. Visite simple comprise dans la tournée du matin ou de l'après-midi.	5	4	3
2. Visite éloignée ou prolongée ou comportant un examen spécial ou une intervention, telle que vaccination ou injection hypodermique, etc.	10	8	6
3. Visite d'urgence ou à heure fixe ou du soir	10	8	6
4. Visite de nuit	20	15	10
5. Consultation simple dans le cabinet pour les clients habituels	5	4	3
6. Consultation avec examen ou intervention spéciale	10	8	6
7. Consultation entre confrères (prix pour chaque confrère)	25	20	20
8. Consultations avec un confrère de Paris	100	100	100
9. Accouchement simple ou délivrance seule (non compris les soins consécutifs)	300	100 à 200	60

10. Accouchement avec intervention, telle que forceps, version, etc., ou délivrance artificielle (non compris les soins consécutifs)	500	150 à 300	100
11. Fractures à réduction généralement faciles, etc., sans les visites	300	200	100
12. Fractures à réduction ou contention difficiles	500	300	200
13. Luxations faciles à réduire	200	100	50
14. Luxations difficiles à réduire	500	250	100

REPORTAGE MÉDICAL

Aux noms des Membres du Concours, nommés chevaliers de la Légion d'honneur, il faut joindre celui de M. le Dr Chavanon, de la Rochelle (27 ans de services, 5 campagnes).

— A la cérémonie funèbre de M. le Dr Chevandier, le *Syndicat* des médecins-pharmaciens était représenté par M. Masson, secrétaire de cette Société, qui a pour siège social l'hôtel des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente.

— Les étudiants en pharmacie sont en ébullition, à propos d'un article du *Temps* intitulé *Pharmaciens contre pharmaciens*, dans lequel des pharmaciens sont très malmenés. L'auteur affirme qu'il n'y a pour ainsi dire pas un pharmacien honnête, que, ou bien ils trompent sur la qualité des produits, ou bien ils vendent leurs produits un prix exorbitant. Une réunion tumultueuse a été tenue à l'Ecole de pharmacie ; les uns voulaient qu'on demandât une rectification d'une façon calme, les autres voulaient recourir à des moyens plus énergiques et parlaient d'aller manifester en masse devant les bureaux du *Temps*. Le directeur de l'Ecole, M. Planchon, a été prié de venir, et, après avoir flétri certains pharmaciens peu scrupuleux, il a invité les élèves au plus grand calme. La réunion s'est terminée au milieu d'un tumulte impossible, sans qu'aucune résolution ait été prise.

— *Réquisition de la justice. Irresponsabilité de l'Etat.* — Encore un fait, déjà souvent signalé par nous. Le Dr Aubert, de Mondovi (arrondissement de Bône) est commis, par le juge de paix pour une expertise médico-légale sur la commune de Penthièvre. Il y a présomption de *meurtre*. L'expertise prouve le *suicide*. Le procureur général refuse de mandater le mémoire de M. Aubert, parce qu'il n'y avait pas meurtre ; la commune (c'est la loi) doit payer les frais d'expertise. Mais elle refuse, disant : je n'ai pas requis, je ne dois rien à M. Aubert. Nous conseillons à notre confrère de se pourvoir auprès du Conseil de Préfecture ; nous espérons que celui-ci obligera la commune à s'exécuter. *C'est aussi la loi* ! Mais combien toutes ces tribulations sont décourageantes !

— Un incendie vient de détruire, en partie, l'habitation du Dr *Grellety*, à *Vichy*. Mais les dégâts seront réparés avant la saison thermale et n'amèneront pas, en conséquence, un changement d'adresse.

— *Le choléra en Russie.* — La cour de justice de Saratov vient de prononcer plusieurs arrêts sévères. Cinq paysans, convaincus d'avoir exigé du chef du village qu'il tînt secrète la venue du choléra ont été condamnés à un an de séjour aux compagnies de discipline, et à la perte des droits civils et politiques. Un bourgeois de Volsk, membre du conseil municipal et de la commission sanitaire, a été condamné à dix jours de prison pour avoir répandu de faux bruits.

— M. le Dr *Desnos*, ancien interne des hôpitaux, fera, à sa clinique, 15, *rue Malebranche*, un cours public et gratuit sur les maladies des voies urinaires, qui sera complet en 15 leçons. Il le commencera le lundi 23 janvier, à 4 heures, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3774. — M. le Dr Coquerelle, de Noailles (Oise), présenté par M. le Dr Clochepin, de Paris.

N° 3775. — M. le Dr Maupomé, de Seich (Htes-Pyrénées), présenté par M. le Dr Borderès, de Montréjeau (Haute-Garonne).

N° 3776. — M. le Dr Vidaillet, de Teniet el had (Algérie), présenté par M. le Directeur.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. le Dr de Cassagnac, de Guitres (Gironde), membre du Concours Médical.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ECOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

Vient de paraître :

L'hygiène et le traitement du diabète, par le docteur E. MONIN, Chevalier de la Légion d'honneur, Officier de l'Instruction publique, etc.

C'est un guide complet, méthodique, clair et rationnel, dont l'utilité sera grande pour les praticiens, à une époque où augmentent, tous les jours, la fréquence et la gravité du diabète !

Dans cet excellent manuel, on voit que l'écrivain hygiéniste a su collaborer avec le médecin sagace.

Net : **2** fr. **40** franco.

A TITRE D'ÉTRENNES, la Société d'Editions Scientifiques offre à MM. les membres du *Concours médical* qui adresseront un mandat avant le premier février les livres de luxe suivants avec une réduction de cinquante pour cent :

1° **Nos grands médecins d'aujourd'hui,** préface de Maurice de Fleury, par le Dr H. BIANCHON. Cinq francs *franco* au lieu de 10 fr.

Cette prime de 50 °/o ne sera accordée que jusqu'à la fin du mois de janvier.

2° BOULANGIER (Edgar). — **Voyages en Sibérie,** 1 magnifique vol. in-8 jésus de 400 pages, avec 100 gravures sur bois, cartes et plans. Broché **3** fr. **75** au lieu de **7** fr. **50** ; cartonné, **5** fr. franco au lieu de **10** fr.

3° HARMAND (Jules). — **L'Inde** de John Strachey, préface et traduction de Jules HARMAND, ministre plénipotentiaire. Magnifique in-8 avec carte en couleurs. **5** fr. franco au lieu de **10** fr.

4° DESCHAMPS (Emile), chargé de mission scientifique par le ministre de l'Instruction publique. — **Au pays des Veddas.** Ceyland. (Carnet d'un voyageur). In-8 de 500 pages avec 116 figures, d'après les croquis et photographies de l'auteur et une carte. **3** fr. **75** net franco, au lieu de **7** fr. **50.**

NOTA. — Ces trois derniers livres de voyages peuvent être lus par tout le monde et être offerts même aux demoiselles. Passé le premier février les prix ordinaires seront maintenus.

Il reste encore quelques exemplaires de **« Nos médecins d'aujourd'hui »** sur papier des manufactures impériales du Japon, numérotés à la presse. Prix : **30** fr. Jusqu'à fin janvier il serait envoyé *franco* pour **15** fr. à MM. les membres du Concours médical qui désireraient posséder un de ces luxueux ouvrages.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année N° 4 28 Janvier 1893

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Les plaies de l'abdomen et la temporisation.

La chirurgie abdominale a déjà obtenu bien des résultats surprenants dans des cas en apparence désespérés. Aussi, enhardis par ces succès, les chirurgiens, à la tête desquels M. *Richelot*, adjurent les médecins de ne pas se montrer si hésitants dans les cas de plaies pénétrantes de l'abdomen.

Ils admettent, pour la plupart du moins, qu'il faut toujours faire la laparotomie aussitôt qu'on est appelé, car elle permet, ou de ne rien faire dans l'abdomen s'il n'y a pas de désordres, ou de les réparer s'ils sont réparables, et, en présence de lésions multiples, elle n'ajoute rien à leur gravité. Quelques-uns, peu nombreux aujourd'hui, soutiennent la temporisation quand même, et, sachant que certaines plaies pénétrantes peuvent guérir seules, préfèrent s'en remettre à la nature du soin de sauver leurs blessés. D'autres enfin, professant une opinion moyenne, reconnaissent la valeur de la laparotomie, mais n'y viennent pour ainsi dire qu'à regret, et, sans vouloir préconiser l'abstention, demandent au moins pour agir qu'il y ait quelques symptômes alarmants, un commencement de péritonite.

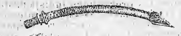
A notre avis, cette conduite est dangereuse. Le calme des premières heures est insidieux, et trop souvent, quand les symptômes apparaissent, le moment favorable est passé. *Une laparotomie bien aseptique ne peut faire de mal à un blessé qui n'a pas de lésions graves, elle est son unique chance de salut quand il est en péril.* Telle est la formule qui doit nous servir de guide.

M. *Houzel*, de Boulogne, a rapporté une observation absolument concluante dans ce sens ; il ne faut pas se fier à un calme trompeur et attendre des symptômes. En présence d'une plaie pénétrante, il faut faire la laparotomie et le plus vite est le mieux.

Traitement des cataractes molles par aspiration.

M. le Dr *Audibert*, de Toulouse, préconise l'emploi d'une nouvelle aiguille qu'il a fait construire pour l'aspiration des cataractes molles.

C'est une canule creuse de très légère courbure, dont l'extrémité inférieure porte un raccord vissé, pouvant s'adapter au tube aspirateur de M. Redard ou à tout autre. L'extrémité supérieure, au lieu d'être mousse et arrondie en bec de canard ou en calotte, se termine par une aiguille lancéolaire, large de 3 mm., tranchante à la pointe et sur toute la portion losangique de ses bords, dont les angles latéro-inférieurs sont émoussés et polis pour se confondre sans aucune rugosité avec le collet et la portion tubulaire de l'aiguille. La face supérieure de la partie lancéolaire est largement évidée pour donner libre accès aux masses cristalliniennes ; elle se continue sans arête avec le champ tubulaire, dont la section doit avoir 1 mm. plein, dans tout son parcours jusqu'à la sortie du raccord, et dont la forme, au lieu d'être cylindrique, est légèrement comprimée sur ses deux faces, de façon à représenter un ellipsoïde à grand axe transversal. Cette dernière conformation a pour but de ne pas fatiguer les lèvres de la plaie cornéenne par une distension trop disproportionnée à l'étendue de la section.



Manuel opératoire ; avantages. — Les précautions antiseptiques prises, l'anesthésie locale ou générale obtenue, la pupille toujours dilatée, à moins d'impossibilité, l'aiguille-kératotome est vissée sur le tube aspirateur dont on dispose, et l'œil étant immobilisé par la pince fixatrice, on présente la pointe de l'instrument, tenu comme une plume à écrire redressée, au niveau de la partie supéro-externe et à 1 mm. en dedans du

limbe cornéen. On pénètre dans la chambre antérieure comme on le ferait avec une aiguille de Bowman ou à paracentèse. La pointe, dès sa pénétration, se trouve tout naturellement hors de la portée de l'iris, dont le bord pupillaire dilaté, reste abrité par la lèvre postérieure de la plaie. Si la capsule antérieure est intacte, on dirige tout aussitôt vers elle le piquant de l'aiguille, qui la lacère en rasant sa surface d'arrière en avant, et, revenant sur ses pas, de gauche à droite ou inversement, de manière à dessiner un T renversé. La discission est ainsi faite, séance tenante ; la substance cristallinienne se répand dans l'humeur aqueuse, qui devient laiteuse et grumeleuse. C'est à ce moment que doit commencer l'aspiration au moyen de la bouche avec douceur. On aspire d'abord sur place ; la pupille s'éclaircit bientôt. L'aiguille étant large permet l'évacuation des parties concrètes flottant dans la substance liquide.

Index bibliographique.

Tabes et paralysie générale par M. Courtois-Suffit (*Gaz. des Hôp.*, 1893, page 45).
La péricardite tuberculeuse. (*Journ. de Lucas-Championnière*, 1893, page 15)

MÉDECINE PRATIQUE

La révulsion et les révulsifs.

I.

On désigne sous le nom *de révulsion* l'action thérapeutique par laquelle *on détourne*, pour un temps donné, la congestion d'un point enflammé vers un autre point de l'organisme que l'on a reconnu sain.

C'est généralement vers la peau que l'on opère cette sorte de courant de dérivation.

La révulsion est employée, en médecine, de toute antiquité et cependant l'efficacité de cette méthode a été ardemment niée et combattue par un grand nombre de théoriciens éminents. En fait, elle n'a jamais cessé d'être employée sur une large échelle depuis les premiers temps de l'empirisme médical jusqu'à notre époque scientifique. On partait toujours de ce principe : Tel organe est congestionné, tel point est enflammé, exercer ailleurs une action congestive, inflammatoire artificielle, ce sera détourner la congestion naturelle du point véritablement enflammé.

Tout le principe est là, et malgré les changements de théories sur le mécanisme de la congestion et de l'inflammation, c'est en somme le but que se proposaient tous les inventeurs de révulsifs. Les théories de Broussais, même, avaient un point de départ absolument identique. La saignée est une manière de révulsion, tout comme l'application, en un point donné du corps, du froid ou du chaud, employé énergiquement et judicieusement.

La puissance de la révulsion n'est certainement pas discutable pour quiconque a vu l'effet d'une maladie intercurrente, à détermination éruptive, sur une autre maladie déjà existante: songerait-on à nier l'action dérivative de la rougeole ou de la scarlatine sur la chorée par exemple ? l'érysipèle de la face n'a-t-il pas une

FEUILLETON

Sur les conditions de l'hygiène hospitalière en France (*suite et fin*).

Discussion du rapport de M. le Dr Napias à la Société de médecine publique.

M. le Dr Bourneville. — J'hésite, après la communication, à la fois si intéressante et si triste, que vient de faire notre ami Napias, à prendre la parole. Le tableau qu'il a tracé de main de maître, de l'assistance publique en France, n'est malheureusement que trop exact, si nous en jugeons d'après les nombreuses visites que nous avons faites nous-même dans les établissements hospitaliers de la province.

Nous avons autrefois, et à différentes reprises, décrit les *cabanons*, parfois les cachots où l'on dépose les *aliénés* dans les hospices. Ils sont éloignés de toute surveillance, sans air, sans lumière et dépourvus de toutes les précautions indispensables pour éviter des suicides. Une circulaire ministérielle a donné des instructions pour faire disparaître les graves inconvénients que nous avons signalés et, en particulier, pour abréger le séjour des aliénés dans ces cachots. A-t-on tenu la main à l'exécution de cette circulaire ? Peut-être ! mais, en tout cas, pas partout.

Nous avons souvent parlé aussi de la situation déplorable des *services de vénériennes*. De même que les aliénés, elles sont traitées en véritables parias. L'hygiène publique, l'intérêt social, exigeraient que les vénériennes soient traitées en malades, et même qu'on prît toutes les mesures nécessaires pour qu'elles n'hésitent pas à venir se faire soigner à l'hôpital et y demeurer jusqu'à complète guérison. Or, l'hôpital est pour elles une prison. On leur donne le rebut de la literie, elles n'ont à leur disposition aucune installation convenable pour les lotions, les injections, les bains, etc. Les lits à spéculum, les instruments, sont souvent d'une malpropreté dégoûtante. On dirait que tout est fait pour les écarter de l'hôpital, qu'on n'a aucune préoccupation de la propagation des maladies vénériennes et que les intérêts particuliers l'emportent sur l'intérêt général et le souci du devoir.

Examinons maintenant les hôpitaux et hospices d'une façon générale.

L'éclairage des salles est défectueux, on se sert encore de l'huile pour les cours et les salles, bien que le gaz existe dans la ville. Les fenêtres sont insuffisantes ; parfois, sur la demande des religieuses, elles ont été en partie bouchées, par exemple, à Moulins.

L'alimentation en eau est souvent insuffisante et de mauvaise qualité ; les puits sont dans le voisinage des fosses d'aisances et parfois en communication avec elles. C'est ce qui existait il y a encore peu de temps à l'hôpital d'Amboise.

Les cabinets d'aisances sont mal installés, souvent sans eau, sans ventilation, ils communiquent avec la rivière entre autres à Tonnerre. Au point de vue du cube d'air des salles, notre ami Regnard a publié des renseignements intéressants, prouvant combien, dans maints hôpitaux de province, il laisse à désirer.

Nous aussi, nous avons vu que presque partout, les *installations balnéaires* et *hydrothérapiques* sont, ou presque nulles ou insuffisantes, ou tout à fait déplorables. A cet égard, il y aurait intérêt à faire préciser dans un document ou règlement officiel, les conditions que doivent remplir les services de bains, et surtout les services hydrothérapiques.

Il n'est pas moins rare de trouver des *lavabos*

heureuse influence sur la diphtérie ? Ne revient-on pas de nos jours aux idées populaires anciennes, qui prétendent qu'une abondante éruption de furoncles sauve un malade d'une pneumonie ou d'une fièvre infectieuse grave (typhoïde, méningite cérébro-spinale, etc.); la méthode de M. Fochier, de Lyon, dite des abcès de fixation, n'est-elle pas une sorte de révulsion ? Je sais bien que, de nos jours on explique différemment l'action révulsive et que dans ces dérivations naturelles ou provoquées, on voit une sorte de lutte entre divers microbes qui ne peuvent vivre côte à côte et qui neutralisent réciproquement leur action nocive par les poisons qu'ils sécrètent dans les milieux où ils sont cultivés. Et c'est même cette théorie microbienne de la plupart des maladies aiguës qui engage bien des médecins modernes à tourner en ridicule la méthode révulsive et ses partisans.

Combien de jeunes médecins sortent actuellement de nos hôpitaux avec cette conviction que le meilleur traitement d'une pneumonie, d'une bronchopneumonie, d'une péritonite, d'une phlegmasie viscérale quelconque, consiste dans l'expectation, plus ou moins masquée par l'administration d'une traditionnelle potion de Todd et d'un peu de naphtol β ou de benzonaphtol ! Que de chefs de services qui enseignent à leurs élèves le plus profond mépris pour le vésicatoire et les sangsues, quand ils ne se lancent pas dans une campagne effrénée contre ces puissantes armes de la thérapeutique, sous prétexte que rien n'est plus dangereux et que nombre de malades en sont morts ! Qui n'entend encore retentir à ses oreilles les foudres de M. Laborde contre le vésicatoire ! que de cystites, que de néphrites cantharidiennes tout simplement imaginaires ! Aussi qu'arrive-t-il lorsque les clients, qui sont encore imbus des anciens préjugés, poussent eux-mêmes le jeune médecin à employer ces moyens héroïques, soit franchement et catégoriquement, soit par une petite réflexion lancée incidemment et pleine de signification ?

Si le médecin reste inflexible, et si la maladie ne s'améliore pas, des murmures se font entendre et sont généralement suivis d'effets; un autre confrère, plus docile, est appelé et considéré comme plus habile. On ne doit pas obéir toujours aux caprices et jamais aux préjugés des malades ou de leur entourage ; mais la preuve que dans le cas actuel, il y a vraiment préjugé ou erreur ? Il ne faut pas condamner une méthode thérapeutique extrêmement puissante et l'accuser de méfaits innombrables, parce qu'on n'a pas saisi avec précision les indications et les procédés de cette méthode.

Nous avons encore présent à la mémoire le fameux discours que le professeur Verneuil prononça à Grenoble, il y a 6 ans, et nous nous souvenons du *tolle* qu'il provoqua dans un grand nombre de réunions savantes. La révulsion à outrance prônée par un chirurgien : cela était en effet assez piquant. Plusieurs boutades furent lancées à cette occasion : « La révulsion est si merveilleuse, disait-on, qu'elle agit à de grandes distances. M. Verneuil arrête les épistaxis en appliquant un vésicatoire sur la région hépatique; pourquoi ne pas mettre des sangsues ou un vésicatoire à la plante des pieds ? Cela

---

dans les hôpitaux-hospices de province, sauf pourtant dans les salles réservées aux militaires.

Comme M. Napias, nous avons rencontré aussi des salles renfermant toutes les catégories de malades, des salles en sous-sol, comme à Chollet et à l'hôpital d'Aix-les-Bains, qui, croyons-nous, dépend dans une certaine mesure de l'Etat ; ou encore, comme à Coutances, il y a quelques années, des salles dont le sol est constitué tout simplement par la terre. Nous avons vu des salles des morts en communication avec les salles des malades et servant à d'autres usages.

Au sujet des statues et des images religieuses qui encombrent les salles, c'est surtout dans l'Est qu'on les rencontre en profusion. Avec les rideaux qu'on persiste à maintenir et qu'on ne change que deux ou trois fois par an, ils constituent des nids à poussière et des foyers de microbes.

Il est un point qui mérite d'être signalé, c'est que d'une façon très générale, les médecins militaires ont réalisé dans leurs salles de sérieuses réformes : ils ont presque tous supprimé les rideaux, pourvu leurs salles de lavabos, exigé des cabinets d'aisances convenables et approvisionnés d'eau en quantité suffisante, etc.

Nous aussi nous avons vu des écoles et des orphelinats annexés aux hôpitaux et à leur détriment ; parfois même on trouve des écoles adjointes aux bureaux de bienfaisance et subventionnées par eux. Elles constituent d'ailleurs un moyen d'action bien plus considérable pour les religieuses que les établissements hospitaliers.

Quant au *service des morts* et aux *salles d'autopsie*, ils sont, en général, fort mal disposés.

Je ne puis aussi que confirmer ce qu'a dit M. Napias du *personnel secondaire* : son recrutement est mauvais, son instruction professionnelle à peu près nulle, ses salaires dérisoires, souvent le nombre est exagéré au détriment de la qualité. Les salaires sont souvent de 5 ou 10 fr. par mois. On recrute le personnel parmi les enfants assistés, ou les personnes inintelligentes, presque nulle part il n'y a de pensions de repos. Les religieuses sont en général les maîtresses absolues des établissements hospitaliers.

Tout le monde sait qu'avant d'exécute un ordre de l'administration, elles en réfèrent d'abord à leurs supérieures.

Les règlements administratifs sont, d'ordinaire, lettres mortes pour elles, elles ne les aiment pas. Un employé de l'hôpital d'Angers racontait, il y a quelques années, qu'il avait fait afficher un règlement dans les salles que les religieuses s'étaient empressées d'effacer. Alors il le fit imprimer sur un carton. Les religieuses retournèrent le carton. Cet employé eut l'ingénieuse idée de faire imprimer le dit règlement sur les deux côtés du carton. En agissant ainsi, les religieuses d'Angers rééditaient ce qu'avaient fait au siècle dernier, les Augustines de l'Hôtel-Dieu de Paris. Il ne fallut pas moins de six mois et de deux interventions du Parlement pour empêcher les religieuses de déchirer les règlements que faisaient afficher les administrateurs de l'Hôtel-Dieu. Nous n'insisterons pas davantage sur ce point, malgré son intérêt.

Le temps nous a fait défaut pour relire les notes que nous avons recueillies depuis de longues années. Ce que nous venons de dire nous paraît suffisant pour confirmer, si elle en avait besoin, la description que vient de nous tracer M. Napias.

Pour remédier à une situation aussi navrante et qu'on retrouve, d'après nos visites, à des degrés divers, dans les deux tiers des hôpitaux de province, nous croyons aussi qu'il faut que la loi arme l'administration supérieure. Mais, dès maintenant, nous estimons que l'administration peut agir efficacement. Les *commissions administratives* pourraient être mieux composées. *Ce n'est que par exception*

éviterait la mortification aux dames d'abîmer la peau de leur poitrine ou de leur abdomen, par une vilaine cicatrice pigmentée ou rétractée ? d'ailleurs les pieds étant plus éloignés de l'organe malade que l'endroit où l'on applique généralement l'agent révulsif, la poitrine, par exemple, pour la bronchopneumonie, l'action dérivative devrait être plus complète. »

M. François Franck a récemment exposé à l'Académie une théorie scientifique de la révulsion et il a, de ce fait, victorieusement répondu à ces critiques spirituelles, mais absolument contraires à la vérité.

Il y a, dans la révulsion, une action nerveuse prépondérante, qui tient surtout de l'inhibition. Les vaso-moteurs sont fortement influencés : la vaso-dilatation énergique, provoquée sur un territoire plus ou moins étendu, a pour conséquence une vaso-constriction, aussi énergique, qui se produit particulièrement dans un autre territoire en connexion nerveuse avec le point d'application de la révulsion. Il y a donc grande importance à appliquer le révulsif dans une région directement en connexion avec la région malade, et l'idéal du médecin doit être de chercher à déterminer non seulement le lieu, mais encore l'étendue et le degré d'intensité de la lésion inflammatoire, pour proportionner l'étendue et la puissance de son agent de révulsion, conformément à ses constatations. Le point faible de la méthode révulsive est donc que, la plupart du temps, on l'applique empiriquement, trop forte ou trop faible ; la neutralisation ne peut résulter que de deux forces égales et contraires ; il ne s'agit donc pas de prescrire au hasard un vésicatoire, tant de pointes de feu, tant de ventouses, etc., sans rechercher minutieusement le degré et l'étendue des lésions ; ceci est le fait des empiriques.

Mais le médecin, qui doit avoir avant tout l'esprit scientifique, c'est-à-dire mathématique, doit étudier, avant d'agir, le champ de bataille et les positions de l'ennemi, aussi bien que ses forces et la valeur de ses armes. Le grand danger de la médecine a toujours été de chercher une formule unique contre chaque maladie et l'on voit encore aujourd'hui des livres de pathologie remplis de chapitres ineptes sur la thérapeutique à appliquer dans la broncho-pneumonie, dans la fièvre typhoïde, etc. La tâche du médecin devient ainsi toute de mémoire, en ce qui concerne le traitement des maladies. Une fois son diagnostic établi, il sort de cette mémoire, comme d'un tiroir, une ou deux formules toutes préparées, qu'il fait exécuter toujours de la même façon. Combien de maîtres enseignent encore, ainsi, la thérapeutique à leurs élèves ! « Le traitement de la broncho-pneumonie consiste en révulsifs : vésicatoires, ventouses, pointes de feu, appliqués aux points où l'auscultation a fait constater l'existence d'un ou plusieurs foyers ; en toniques, caféine, potion de Todd, acétate d'ammoniaque, etc., etc. »

Quelques formules avec chiffres sont données aux élèves et c'est tout ; soignez vos malades avec cela ; « tâchez surtout de ne pas leur faire de mal, attendez les événements, et pour les rendre le plus favorable possible, faites un peu d'antisepsie intestinale. »

Voilà où triomphe la vieille expérience du

---

qu'on y trouve des médecins, entre autres à Montpellier. Les préfets, qui nomment une partie des membres, pourraient les mieux choisir à tous les points de vue.

L'administration pourrait aussi se montrer plus sévère et empêcher les congrégations de créer ou de fonder de petits hôpitaux pour se procurer des ressources, afin de créer des écoles qui font concurrence aux écoles laïques. Elle pourrait autoriser la *publication des rapports des inspecteurs généraux* en supprimant la partie qui concerne les personnes. Cette publication renseignerait tout le monde, serait utilisée par la presse, exciterait l'émulation des commissions administratives, en même temps qu'elle contribuerait à leur éducation en matière d'administration de l'assistance et de l'hygiène publiques.

L'administration pourrait aussi insister, conformément au vœu adopté par le congrès international d'assistance publique de 1889, pour que *les places de médecin des hôpitaux, en province, soient données au concours*. Elle pourrait aussi, conformément à un autre vœu formulé par le même congrès, provoquer et subventionner la création d'écoles d'infirmières, établir un programme minimum d'enseignement pour ces écoles, autoriser la délivrance d'un diplôme avec des conditions identiques pour toutes les écoles et intervenir, ainsi que nous l'avons dit souvent, pour que le personnel secondaire des établissements hospitaliers soit choisi parmi les élèves diplômés de ces écoles.

L'administration pourrait enfin fonder une caisse de pension de repos, par exemple avec les fonds du pari mutuel, afin d'assurer des garanties sérieuses aux infirmiers et infirmières diplômés. Il conviendrait aussi de faire entrer en ligne de compte, pour l'obtention de cette pension de repos, les années de service, passées dans les établissements hospitaliers municipaux, départementaux et nationaux.

Il y aurait intérêt pour tous et honneur pour la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, à provoquer la réalisation de ces réformes, en attendant qu'une loi oblige les communes et les départements, à faire pour l'assistance publique ce qui a été fait pour l'enseignement primaire. Il y a une question de solidarité humaine, qui exige une solution prompte et radicale.

M. le Dr Drouineau s'associe aux observations et aux conclusions présentées par M. Napias ; il désire seulement faire quelques réserves. Il ne faudrait pas croire que l'assistance hospitalière n'ait pas fait de progrès ; les observations de MM. Napias et Bourneville s'appliquent surtout aux petits hôpitaux qui ont à peine des ressources suffisantes pour secourir les hospitalisés, et par suite ne peuvent guère réaliser d'améliorations matérielles.

Ce qu'il importe surtout, c'est d'organiser l'assistance, de réclamer avec énergie le vote de la loi qui la rend obligatoire pour les communes, le département et l'État ; de là, comme conséquence, viendra la catégorisation indispensable de nos établissements hospitaliers.

M. le Dr Poitou-Duplessis craint que M. Napias n'ait quelque peu exagéré en prétendant que les congrégations religieuses n'exercent généralement dans les hôpitaux qu'une surveillance sans valeur ; pour son compte personnel, il a maintes fois été témoin de leur activité et de leur zèle dans les hôpitaux de la marine.

M. le Dr Cézilly — Comme l'a si justement fait observer tout à l'heure M. Bourneville, le corps médical n'est pas appelé, dans les commissions administratives des hôpitaux, à jouer un rôle suffisant. Si cette situation pouvait être modifiée dans un sens plus conforme aux intérêts des malades, il n'est pas douteux que de grandes améliorations

praticien, qui ne soigne pas les maladies en général, mais chaque malade en particulier, proportionnant et variant les procédés thérapeutiques et leurs doses suivant chaque tempérament, comme on dit vulgairement.

La révulsion est donc une méthode d'une valeur incontestable, tout comme la méthode de Brandt, dans le traitement de la fièvre typhoïde, mais elle ne peut être utile et même merveilleuse, que si on l'applique judicieusement et scientifiquement.

II

Quels sont les moyens révulsifs dont nous disposons ? On peut les diviser en internes et externes, ces derniers étant de beaucoup les plus nombreux.

Comme révulsifs internes, signalons les purgatifs drastiques et les émissions sanguines, principalement la saignée.

Comme révulsifs externes ou cutanés, nous ne pouvons évidemment les énumérer tous, mais nous insisterons sur les principaux. Le froid est un révulsif des plus énergiques, sous forme de glace en applications directes, de mélanges réfrigérants, de douches en jets et en pluie, de congélation par le chlorure de méthyl, le chlorure d'éthyle, le stypage avec un tampon d'ouate préalablement refroidi par un jet de chlorure d'éthyle, et appliqué directement sur la peau de la région où l'on veut agir.

La chaleur est au moins aussi puissante ; le moxa, le marteau de Mayor, les pointes de feu avec l'ancien cautère, les raies de feu, les pointes de feu nombreuses, 150 ou 200, avec le thermo-cautère de Paquelin, avec le galvano-cautère.

Les ventouses, ventouses sèches, scarifiées, ventouses à pompe d'Horteloup, les sangsues, sont encore extrêmement efficaces et sans grand danger, quand elles sont bien appliquées. La ventouse de Junod, qui agit sur tout un membre, est généralement réservée pour des cas désespérés, car elle est très énergique. Les sangsues, qui nous paraissent trop abandonnées, sont cependant d'un grand secours dans un grand nombre de phlegmasies graves : « Jetez donc une poignée de sangsues sur la région cœcale dans le cas de typhlite ou d'appendicite, avant de songer à ouvrir le ventre ; généralement cela ne fera pas de mal, et souvent votre typhlite sera guérie avec une merveilleuse rapidité, » dit souvent le professeur Peter, dans ses cliniques. Toutes les inflammations pelviennes, ovariennes ou salpingiennes, sont justiciables de ce moyen, au moins pour calmer la douleur, sinon pour amener la résolution complète.

Les *rubéfiants* sont des révulsifs excellents et très souvent employés : la farine et l'essence de moutarde en font presque tous les frais ; les cataplasmes sinapisés, les bains de pieds de moutarde, les bains généraux sinapisés donnent de superbes résultats dans les affections pulmonaires et laryngées ; les sinapismes et les badigeonnages avec une solution alcoolique d'essence de moutarde au 10e, par le procédé de Bisserié, sont journellement employés pour les révulsions rapides et répétées, particulièrement dans les cas de dyspnée intense et de douleurs intercostales violentes.

---

ne tarderaient pas à se produire dans nos établissements hospitaliers.

M. H. Monod s'associe aux désirs qui viennent d'être exprimés : l'administration centrale est certainement impuissante, et il faut souhaiter le vote le plus prochain possible d'une loi sur l'assistance qui mette fin à cette lamentable et dangereuse situation.

M. le Dr Schneider. — L'éloge qui a été fait tout à l'heure de la bonne tenue des hôpitaux militaires ne peut qu'être pour l'administration du service de santé de l'armée un puissant encouragement à poursuivre l'amélioration des conditions d'hygiène dans les hôpitaux civils où elle soigne ses malades. On sait d'ailleurs que pour qu'un tel hôpital reçoive des malades militaires il doit forcément répondre à un minimum d'hygiène et de confort qui n'a pas été sans influence sur l'amélioration progressive de la santé publique dans l'armée française depuis plusieurs années.

M. le Dr Javal proteste contre la voie dans laquelle s'engage la Société. Les réformes réclamées exigent des dépenses considérables et tendent à accroître exagérément l'assistance publique au détriment de la charité et de l'initiative privées, toujours plus fécondes ; de plus, on ne peut, sans inconvénient, absorber les finances municipales ou hospitalières en constructions coûteuses.

M. le Dr H. Napias. — Il n'entre pas dans ma pensée d'augmenter indéfiniment les dépenses d'assistance ; les améliorations que je souhaite de voir faire ne coûteront pas toujours de grosses sommes ; la suppression des rideaux inutiles constitue une économie ; les arrondis des murs, les hourdis des plafonds ne coûtent que quelques sacs de plâtre ; enfin, on peut faire des parquets convenables, remplacer progressivement les paillasses par des sommiers et même acheter un matériel de désinfection sans ruiner à tout jamais les finances municipales ou hospitalières.

Je suis d'accord avec M. Bourneville sur beaucoup de points et d'accord avec M. Drouineau sur tous.

Je crois que M. Poitou-Duplessis ne m'a pas compris quand j'ai parlé des congrégations religieuses dans les hôpitaux ; je n'ai pas dit qu'elles ne *surveillaient* pas le service (quoiqu'elles le surveillent mal), mais qu'elles ne pouvaient y remplir leur vraie fonction d'infirmières parce que les statuts de leur ordre s'y opposent.

Je crois volontiers, comme M. Schneider, que les services militaires installés dans les hôpitaux civils peuvent fournir aux administrations hospitalières des exemples à imiter et j'ai pris soin, chaque fois que je l'ai pu, de rendre toute justice à l'administration du corps de santé militaire qui exige, pour ses malades dans les hôpitaux civils, des conditions d'hygiène et de confort très justifiées. Je regrette seulement, en passant, que le prix de journée payé pour ces malades soit trop peu élevé ; les soldats ne sont pas des assistés, ils sont soignés en vertu d'un droit qui est conclusif du service obligatoire, il faut exiger beaucoup pour eux des personnes qui les soignent, mais il faut payer en conséquence.

Je pense d'ailleurs que toutes ces questions multiples d'hygiène hospitalière seront utilement traitées par la Société et je remercie nos collègues de l'attention bienveillante dont ils ont bien voulu m'honorer.

— Les conclusions du mémoire de M. le Dr H. Napias, mises aux voix, sont adoptées avec l'addition suivante :

« Que le personnel secondaire des hôpitaux soit tenu de justifier de sa compétence professionnelle. »

(*Fin*).

Le thapsia, les papiers chimiques, etc., sont des révulsifs peut-être moins efficaces, quoique très vantés.

La teinture d'iode et le coton iodé sont d'un usage courant et peuvent habituellement être appliqués sans danger ; néanmoins, il faut toujours observer que la vieille teinture d'iode contient des acides iodiques et iodhydriques caustiques et par suite fort irritants. Les flagellations ortiées préconisées par Trousseau et par quelques autres médecins sont des moyens révulsifs un peu trop douloureux, que nous déconseillons absolument.

Les *vésicants* sont les révulsifs dont on a dit le plus de mal et qui cependant ont souvent donné de véritables résurrections, quoi qu'en disent M. Laborde et les ennemis du vésicatoire en général. L'important est de savoir les manier et de se rendre maître de leurs effets, ce qui est possible.

L'huile de croton en badigeonnages est encore employée fréquemment, pour obtenir la rubéfaction et même la vésication, mais le véritable agent vésicant est le vésicatoire cantharidien. Nous savons qu'il faut proportionner ses dimensions à l'étendue et au degré des lésions, mais encore faut-il ne pas l'appliquer sans précautions, si on veut être à l'abri des dangers qu'on lui reproche. Le vésicatoire cantharidien provoque quelquefois de la cystite, de l'anurie, et souvent après sa dessiccation des furoncles nombreux.

Comment éviter ces deux graves complications ? en stimulant la sécrétion urinaire et en appliquant le vésicatoire antiseptiquement. Les diurétiques sont nombreux et le meilleur est encore le lait, pris abondamment. Quant à l'application antiseptique du vésicatoire, voici comment on la pratique : La peau est lavée avec une solution de sublimé chaude à 1/1000 et du savon ; on décrasse à la brosse imbibée de savon et de sublimé, puis on essuie avec un linge imbibé de sublimé chaud ; on lave avec un peu d'éther et on applique le sparadrap vésicant avec des bandelettes. Il est levé au bout de 6 heures pour les enfants, au bout de 10 ou 12 heures pour les adultes, les phlyctènes sont ouvertes, avec des ciseaux pointus lavés dans l'éther ou dans l'eau phéniquée forte ; puis on applique une feuille de toile protective imbibée de sublimé chaud au 1/1000, une feuille d'ouate salolée, de l'ouate ordinaire et un bandage compressif léger. Le pansement est renouvelé toutes les 12 heures d'abord, puis toutes les 24 heures jusqu'à complète dessiccation. Dans le cas où l'irritation est vive, on se sert avec avantage de vaseline iodoformée à 2/40 ou de vaseline boriquée, légèrement cocaïnée. De cette manière, le vésicatoire ne donne lieu à aucune complication.

Nous avons eu à nous louer aussi de l'application du vésicatoire liquide et nous le conseillons volontiers.

Quant au vésicatoire ammoniacal, il nous paraît insuffisant comme énergie, dans les cas où le vésicatoire doit être puissant.

Il reste encore à la disposition des médecins, qui ne sont pas sûrs de l'antisepsie de leurs clients, un moyen de révulsion extrêment intense, spécialement chez les enfants, c'est le vésicatoire phéniqué appliqué d'après la méthode d'Hayem et d'Ollivier (1). La solution d'acide phénique dans l'alcool se fait dans les proportions de 9 d'acide phénique pour 1 d'alcool ; on badigeonne la surface cutanée en isolant avec de la vaseline la zone limite et on enlève l'excès d'acide phénique avec un tampon d'ouate et de l'alcool pur. Ce révulsif a l'avantage de pouvoir être renouvelé fréquemment.

En résumé, la méthode révulsive, appliquée scientifiquement, donne souvent de surprenants résultats dans des cas désespérés et les plus puissants agents de révulsion sont les sinapisations, les pointes de feu abondantes, les ventouses, les sangsues et les vésicatoires appliqués avec certaines règles de propreté, qui les rendent presque toujours exempts de complications, même chez des sujets cachectiques ou débilités. Les seules contre-indications du vésicatoire seront, la première enfance jusqu'à *un an*, la vieillesse avancée, l'existence d'une néphrite antérieure avec albuminurie abondante, le diabète, la diphthérie. Dans ces cas exceptionnels, les ventouses, les sinapismes, les pointes de feu seront substitués, avec avantage, au vésicatoire cantharidien.

Dr Paul Huguenin.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les devoirs du médecin en cas d'avortement.

Un confrère nous écrivait, dernièrement, pour nous soumettre le cas suivant :

Il avait été consulté, par les parents d'une jeune fille, au sujet de quelques malaises accompagnant la suppression des règles, et la mère, tout en lui confiant la possibilité d'une grossesse, ajoutait que cependant la menstruation n'était pas toujours régulière et s'accompagnait habituellement de douleurs. Il déclara, lorsqu'il en eut la certitude, que la jeune fille était enceinte, au grand désespoir de la famille.

La grossesse se poursuivit, quand, au 5e mois, sans motif, la jeune fille perdit un peu de sang et fut prise de douleurs lombaires. La mère, espérant qu'il allait se produire une fausse couche et que tout resterait ignoré du public, revient trouver le médecin, lui fait part de la chose et le prie, le cas échéant, de venir de suite donner à sa fille les soins qu'elle réclame.

Notre confrère nous pose les questions suivantes :

1° Doit-il refuser ses soins ?
2° Si l'enfant vient mort-né, faut-il le déclarer à la mairie et qui doit faire cette déclaration ?
3° Si l'enfant, bien que non viable et devant succomber au bout de quelques minutes, respire et fait quelque mouvement — quelle conduite tenir ?
4° Que faire du produit mort et du placenta ?
5° Quelle conduite tenir, si au bout de quelques jours la justice informée, demande des renseignements ?

M. le Dr Floquet, médecin du Palais de Justice, a bien voulu se charger de répondre à notre confrère. Nous le remercions du remarquable travail qu'il a bien voulu rédiger et que nous nous empressons de publier.

(1) *Concours médical*, 1892.

Supplément au CONCOURS MÉDICAL du 28 Janvier 1893

CINQ MINUTES A NOUS CONSACRER

Remplir le questionnaire ; l'affranchir et nous l'adresser.

A deux reprises déjà, nous avons adressé des questionnaires aux membres du Concours. Le premier en 1881, au sujet de la situation du corps médical en France. Nous avons reçu à cette époque sur 2,000 membres du Concours, environ 1,500 réponses. Pourquoi 500 d'entre-eux se sont-ils abstenus ? Nous n'avons pu nous l'expliquer !

En 1885, lorsque les Syndicats furent condamnés par la justice, nous avons adressé des formules de pétition à la chambre des Députés. Nous étions à cette époque environ 2.700 et nous reçûmes 1,700 pétitions. Nous comprenons que nombre de médecins, qui alors ne voyaient pas l'importance des Syndicats, se soient abstenus.

Nous espérons fermement que, dans la circonstance actuelle, qui nous force à recourir à tous les membres du Concours, aucun d'eux ne s'abstiendra et que tous se feront un devoir de nous répondre. En effet, que recherchons-nous ? L'établissement de *tables de mortalité* et de *tables de morbidité*, aussi précises que possible, pour : 1° contrôler les calculs sur lesquels repose notre *Caisse des pensions de retraite* ; 2° établir les bases de l'*indemnité en cas de maladie*.

Nous avons noté, avec soin, depuis 1880, les décès des membres du Concours ; pour établir la mortalité, il faut qu'on nous dise depuis quand on fait partie de notre Société, et quel âge on a.

Pour la morbidité, il faut qu'on nous dise : j'exerce la médecine depuis telle époque ; à telle époque j'ai été atteint de maladie aiguë ou chronique, et j'ai été pendant tel nombre de jours incapable d'exercer la médecine.

Pour nous répondre, il n'est pas nécessaire d'avoir l'intention de faire partie de l'œuvre d'indemnité de maladie. Il suffit de vouloir nous aider, dans l'intérêt général, à établir nos calculs. Il faut aussi être d'une très grande précision dans ses réponses. Il ne faut pas craindre que nous fassions un usage quelconque, autre que celui de notre statistique, des indications que nous sollicitons. On sait que notre discrétion est absolue et que d'ailleurs nous ne demandons pas la nature de la maladie.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX Frères, place Saint-André 3.

QUESTIONNAIRE

MORTALITÉ

Nom, prénoms, date de naissance ____________________

____

Résidence __________ *département* __________

arrondissement __________ *canton* __________

Membre du Concours depuis l'année __________

QUESTIONNAIRE

MORBIDITÉ

Nom, prénoms, date de naissance ______

______

Résidence ______ *département* ______

Membre du Concours depuis l'année ______

Depuis combien d'années exercez-vous la médecine ______

Combien de fois avez-vous été malade ______

De maladie aiguë ______

Combien de jours, chaque fois, avez-vous été incapable d'exercer votre profession ______

De maladie chronique ______

Combien de jours, chaque fois, avez-vous été incapable d'exercer votre profession ______

D'accident ______

Combien de jours, chaque fois, avez-vous été incapable d'exercer votre profession ______

En principe, et sans aucun engagement de votre part, seriez-vous disposé à faire partie d'une œuvre d'indemnité de maladie ______

______

Le CONCOURS MÉDICAL

23, Rue de Dunkerque,

PARIS

Réponse au questionnaire mortalité et morbidité.
Le lecteur n'aura qu'à remplir et affranchir à 0.15 centimes.

REPONSES

1re QUESTION. — *Le médecin doit-il refuser ses soins ?*

En principe, l'exercice de la médecine est absolument libre, aucune loi n'oblige l'homme de l'art à répondre à l'appel des malades qui le demandent et son refus péremptoire n'a pas besoin d'être justifié par des motifs graves et légitimes. A cet égard, le médecin ne relève absolument que de sa conscience et de l'opinion publique.

Mais, si après avoir promis son concours ou avoir commencé à donner des soins, il négligeait ou refusait, sans motif plausible, de se rendre auprès du malade, il serait exposé à une action en dommages-intérêts, non pas en vertu des articles 1382 et 1383 du Code civil, comme semblent le décider assez peu juridiquement MM. Briand et Chaudé, dans leur *Traité de médecine légale* (10e édition, p. 26), mais en vertu des articles 1142 et suiv. et 1991 du même Code, pour inexécution d'une obligation de faire, puisqu'il y a eu engagement contractuel, mandat, et non pas délit civil ou quasi-délit. Selon les principes généraux du droit, il faudrait, bien entendu, prouver et l'engagement pris par le médecin et le préjudice causé par l'inexécution de cet engagement (V. Léchopié et Floquet, *Droit médical* ou *Code des médecins*, p. 174 ; Lacassagne, *Précis de médecine judic.*, p. 34 ; C. Amiens, 16 nov. 1857, *Gaz. des Tribunaux* du 5 décembre 1857).

2e QUESTION. — *Si l'enfant vient mort-né doit-on le déclarer à la mairie ?*

Lorsqu'il s'agit d'un enfant *mort-né*, d'un *fœtus* ou d'un *embryon* (d'après M. Brouardel, le produit de la conception est un embryon jusqu'au quatrième mois, un fœtus pendant le cinquième et le sixième mois ; c'est ensuite un mort-né), la déclaration à la mairie est-elle obligatoire ?

Il faut reconnaître que les décisions judiciaires rendues à cet égard présentent une certaine confusion. Ainsi, la Cour de Nancy a décidé, le 17 septembre 1839, que les articles 56 du Code civil et 346 du Code pénal ne s'appliquaient pas, quand il s'agissait d'un enfant mort-né, à quelque degré de maturité qu'il fût parvenu.

Depuis l'arrêt de Nancy, diverses cours d'appel et la cour de cassation, prenant en considération l'intérêt de la famille et de l'ordre public, ont décidé qu'il convenait de faire la déclaration prescrite par l'article 56, à quelque époque que la gestation fût parvenue, ou, tout au moins, chaque fois que l'enfant présenterait les formes d'un être humain, ce qui ne se rencontrera guère, en fait, que lorsque le produit de la conception aura atteint quatre mois (v. décret du 4 juillet 1806 ; Cass. 2 sept. 1843 ; 2 août 1844 ; C. Paris, 15 février 1865 ; Trébuchet, *Jurisp. de la méd.* p. 135 et suiv. ; Brouardel, le *Secret médical*, p. 212 ; Léchopié et Floquet, *op. cit.*, p. 135 et suiv.)

D'après cette jurisprudence, l'officier de l'état civil demeure seul juge de la question de savoir s'il y a lieu de procéder à la rédaction, non pas d'un acte de naissance, mais de l'acte spécial dont parlent les articles 1 et 2 du décret du 4 juillet 1806 ainsi conçus :

Art. 1er. « Lorsque le cadavre d'un enfant dont la naissance n'a pas été enregistrée, sera présenté à l'officier de l'état civil, cet officier n'exprimera pas qu'un tel enfant est décédé, mais seulement qu'il lui a été présenté sans vie. Il recevra, de plus, la déclaration des témoins touchant les noms, prénoms, qualités et demeure des père et mère, la désignation des ans, jour et heure auxquels l'enfant est sorti du sein de sa mère. »

Art. 2. « Cet acte sera inscrit, à sa date, sur les registres de décès, sans qu'il en résulte aucun préjugé sur la question de savoir si l'enfant a eu vie ou non. »

3e QUESTION. — *Cette déclaration doit-elle être faite si l'enfant faisait quelque mouvement en naissant, s'il respirait pour mourir quelques instants après ?*

A fortiori, si l'enfant a respiré, a fait quelques mouvements et qu'il soit mort avant que sa naissance ait été déclarée, il faudra faire la déclaration dans le délai et en conformité des articles 55 et suivants, et en dresser acte conformément aux deux articles du décret du 4 juillet 1806 que nous avons cités ci-dessus (v. Léchopié et Floquet, *op. cit.*, p. 134).

4e QUESTION. — *Qui doit faire cette déclaration ?*

L'obligation de déclarer les naissances à l'officier civil est prescrite aux médecins-accoucheurs et aux sages-femmes par le Code civil et sanctionnée par le Code pénal.

Art. 55 du Code civil : « Les déclarations de naissance seront faites, dans les trois jours de l'accouchement, à l'officier de l'état civil du lieu ; l'enfant lui sera présenté. »

Art. 56. « La naissance de l'enfant sera déclarée par le père, ou, à défaut du père, par les docteurs en médecine ou en chirurgie, sages-femmes, officiers de santé ou autres personnes qui auront assisté à l'accouchement ; et lorsque la mère sera accouchée hors de son domicile, par la personne chez qui elle sera accouchée. L'acte de naissance sera rédigé de suite, en présence de deux témoins. »

Art. 37. « Les témoins produits aux actes de l'état civil ne pourront être que du sexe masculin, âgés de vingt et un ans au moins, parents ou autres ; et ils seront choisis par les personnes intéressées. »

Art. 57. « L'acte de naissance énoncera le jour, l'heure et le lieu de la naissance, le sexe de l'enfant et les prénoms qui lui seront donnés, les prénoms, noms, profession et domicile des père et mère, et ceux des témoins. »

Art. 346 du Code pénal : « Toute personne qui, ayant assisté à un accouchement, n'aura pas fait la déclaration à elle prescrite par l'art. 56 du Code civil, et dans les délais fixés par l'article 55 du même code, sera punie d'un emprisonnement de six jours à six mois et d'une amende de 16 à 300 francs. ».

Il résulte de l'article 56 que c'est en première ligne et à l'exclusion de tous autres, le père, et bien entendu, le père légitime seulement de l'enfant, qui est tenu de déclarer la naissance (C. Metz, 23 juin 1858). Ce n'est qu'en cas d'absence ou d'empêchement absolu du père que les accoucheurs ou autres personnes présentes sont tenus de faire cette déclaration, sous la sanction de l'article 346 du code pénal (C. Metz, 22 mars 1824 ; Lyon, 19 juillet 1827 ; Bruxelles, 20 octobre 1831, D. *rép.* *Actes de l'état civil*, no 220 et suiv.)

Cette obligation pèse sur toutes ces personnes indistinctement et sans ordre successif ; en sorte

que la présence d'un médecin ou d'une sage-femme à l'accouchement ne dispense point les autres personnes qui y ont assisté, de faire la déclaration de naissance (C. Grenoble, 22 janvier 1844 et Cass., 2 août 1844 ; Cass., 12 novembre 1859 ; 28 février 1867 ; Léchopié et Floquet, *op. cit.*, p. 125).

Il ressort, en somme, de tout ce qui précède, que les hommes de l'art qui auront concouru à un accouchement, feront acte de prudence, en déclarant la naissance de l'enfant, toutes les fois que le père légitime, c'est-à-dire le mari de l'accouchée, sera absent ou empêché. Ils ne sont tenus, d'après l'article 56, de déclarer la naissance que *s'ils ont assisté à l'accouchement*, c'est-à-dire s'ils étaient présents au moment où l'enfant a été expulsé de l'utérus, ou tout au moins s'ils sont arrivés à un moment où leur examen ne leur permettait pas de douter que l'enfant fût bien celui dont la femme est accouchée (C. Chambéry, 19 septembre 1868 ; Trib. Foix, 18 décembre 1868 ; C. Montpellier, 21 mai 1872).

Nous avons dit que la déclaration des enfants mort-nés, fœtus, etc., était obligatoire. D'accord avec la jurisprudence et M. Brouardel, nous estimons qu'il sera conforme à l'ordre public et sans danger pour le secret médical de déclarer tous les embryons à partir de six semaines, en conformité d'ailleurs d'une circulaire du Préfet de la Seine du 15 janvier 1882.

5e QUESTION. — *Que doit-on faire de l'enfant mort-né et du placenta ? où enterrer ces produits ?*

Un arrêt de la Cour de Paris du 15 février 1865 déclare que les enfants mort-nés doivent être présentés à l'officier de l'état civil dans les délais fixés et *ne peuvent être inhumés sans son autorisation*, que ces prescriptions sont générales et s'appliquent à tous les enfants morts à quelque époque de la gestation qu'ils soient parvenus, pourvu qu'ils aient les formes d'un être humain. La Cour de Cassation, dans un arrêt en date du 7 août 1874, a adopté un système différent en déclarant que la présentation d'un fœtus à l'officier de l'État civil était sans utilité pour l'intérêt social, puisqu'il ne s'agissait que d'un produit innommé et non d'un enfant et qu'une telle présentation pouvait blesser la pudeur publique.

M. Brouardel, dans son remarquable travail sur le *secret médical*, a pris soin d'indiquer les conséquences de la doctrine adoptée par la Cour de Cassation.

« Ceux qui, sans l'autorisation préalable de l'officier public, dans le cas où elle est prescrite, auront fait inhumer un individu décédé, seront punis de six jours à deux mois d'emprisonnement, et d'une amende de seize à cinquante francs ; sans préjudice de la poursuite des crimes dont les auteurs de ce délit pourraient être prévenus dans cette circonstance. — La même peine aura lieu contre ceux qui auront contrevenu, de quelque manière que ce soit, à la loi et aux règlements relatifs aux inhumations précipitées ».

La déclaration de l'embryon faite et l'autorisation d'inhumer obtenue, les familles peuvent, à Paris et dans les grandes villes du moins, demander un convoi, sinon le maire se chargera de l'enlèvement des cadavres qui seront portés au cimetière, dans une voiture spéciale et enterrés dans une division réservée. A Paris, c'est l'administration générale des pompes funèbres, relevant de l'autorité préfectorale, qui se charge du service des inhumations.

Disons que les prescriptions dont nous venons de parler ont pour but d'éviter l'abandon de ces embryons ou leur projection dans les égouts et les fosses d'aisances, et d'obliger les médecins et sages-femmes de déclarer les cas d'accouchement prématuré, nécessitant l'inhumation des produits embryonnaires soit au-dessous, soit au-dessus de 4 mois.

(V. Décret du 23 prairial an XII, *sur les sépultures* ; décret du 4 Thermidor an XIII, *relatif aux autorisations des officiers de l'état civil pour les inhumations* ; décret du 27 avril 1889 *portant règlement d'administration publique à la suite de la loi du* 15 novembre 1887, *sur la liberté des funérailles*).

En résumé, nous voyons qu'à partir de six semaines au moins, il sera prudent de faire la déclaration et de demander le permis d'inhumer (art. 56 et 77 du Code civil sanctionnés par les articles 346 et 358 du Code pénal), sauf à l'officier de l'état civil de procéder ainsi qu'il appartiendra.

6e QUESTION. — *Si le lendemain ou le surlendemain d'une fausse couche la justice interrogeait le médecin, devrait-il garder le secret professionnel ? Que devrait-il répondre au juge ?*

Nous n'hésiterons pas à répondre que le médecin, dans les circonstances indiquées par notre honorable confrère, devra garder le secret professionnel s'il ne veut pas encourir les peines édictées par l'article 378 du Code pénal. La jurisprudence, d'accord d'ailleurs, en cela, avec la majeure partie des auteurs, décide que le médecin appelé devant la justice comme témoin, est dispensé de lui rendre compte des faits venus à sa connaissance, en sa qualité de médecin, et à la condition en outre qu'il déclarera, ou prêtera serment s'il en est requis : *qu'il considère comme confidentiels les rapports qui ont amené à sa connaissance les faits sur lesquels il est interrogé.* Telle est du moins la formule pleine de sagacité qu'adopta l'Association des médecins de Paris consultée en 1853 par M. le docteur Cazeaux. Cette règle de conduite a été couronnée de succès, car cette réponse fut agréée par le ministère public.

« Dans les grandes villes, écrit-il, les familles ne « savent comment se débarrasser des embryons et « des fœtus, on les jette dans les fosses d'aisances, « dans les égouts, sur les tas d'ordures, ce qui ne « blesse pas moins la pudeur publique que ne le « ferait leur présentation à l'officier de l'état civil. « Puis l'autorité recherche la provenance de ces « fœtus. Souvent les commérages de quelque con- « cierge font suspecter une jeune fille, une veuve « avec lesquelles cette femme ne vit pas en bon- « nes relations. Alors même qu'une enquête judi- « ciaire n'a pas lieu, la réputation de ces femmes « peut être gravement compromise.

« D'autres fois une présomption sérieuse d'avor- « tement criminel peut s'élever, et nous avons eu « personnellement parfois à examiner des jeunes « filles ainsi compromises et vierges. Dans la suite « des enquêtes, des médecins ont dû parfois être « entendus pour savoir s'ils avaient ou non soigné « les personnes soupçonnées et pour quelle affec- « tion leur concours avait été demandé. La ques- « tion du secret médical était donc soulevée dans « des conditions particulièrement délicates. »

L'autorité préfectorale, à Paris, pour parer à

toutes ces difficultés, adressa plusieurs circulaires aux maires des arrondissements. Il résulte, en effet, d'une lettre adressée, en 1869, par le procureur impérial du tribunal de la Seine, au Préfet, et de circulaires de ce dernier des 26 novembre 1868, 13 janvier 1869, 21 janvier et 4 octobre 1875, que, dans le département de la Seine, il ne devra être dressé aucun acte de l'état civil, pour le produit de la conception ayant *moins de quatre mois*, mais que toutes les fois qu'il aura atteint *six semaines* et aura moins de quatre mois, le médecin-inspecteur dressera un certificat qui sera transmis à l'officier de l'état civil et consigné sur un *registre spécial* (circulaire du préfet de la Seine du 26 janvier 1882).

L'obligation de la déclaration étant admise en principe, il n'est pas sans intérêt de faire connaître quelles sont, relativement aux inhumations, les prescriptions de la loi sur lesquelles les hommes de l'art peuvent au moins très fréquemment et tout naturellement être consultés par les familles. Voici, à cet égard, quelles sont les dispositions du Code civil applicables à l'espèce.

Art. 77. « Aucune inhumation ne sera faite sans une autorisation, sur papier libre et sans frais, de l'officier de l'état civil, qui ne pourra la délivrer qu'après s'être transporté auprès de la personne décédée, pour s'assurer du décès, et que vingt-quatre heures après le décès, hors les cas prévus par les règlements de police. »

Art. 78. « L'acte de décès sera dressé par l'officier de l'état civil sur la déclaration de deux témoins ».

Il est à remarquer que, pour les décès, à la différence de ce qui a lieu pour les naissances, la loi ne prononce aucune peine spéciale à raison du défaut de déclaration. Elle ne punit que l'inhumation faite sans autorisation ou avant l'expiration du délai prescrit.

L'article 358 du Code pénal est en effet ainsi conçu :

L'attitude du médecin devant la justice, en semblable cas, devra être la même, que le fait lui ait été confidentiellement communiqué ou qu'il ait été confidentiel de sa nature. Il nous semble donc que, devant cette jurisprudence, le médecin appelé à déposer en justice sera l'unique juge de la question confidentielle, sous la seule condition de prêter serment, s'il en est requis (V. Brouardel, *le Secret médical*, p. 127 et suiv. ; F. Hélie, *Rapp. sur l'arrêt Lamarre* ; Merlin V. *Déposition*, § 2, et *témoins judiciaires*, § 1er, art. 6 ; Dubrac, *Trait. de jur. méd.*, p. 165 ; Hemar, *Bull. de la Société de méd. lég.*, p. 172 et suiv. ; Briand et Chaudé, *Man. de méd. lég.*, t. II p. 570 ; Léchopié et Floquet, *Code des médecins*, p. 192.

Dans l'espèce signalée par notre confrère, le médecin, interrogé par le juge sur toutes les questions pouvant se rattacher à cet accouchement prématuré, devra, conformément aux dispositions de l'art. 378 du Code pénal, garder le silence le plus absolu.

Dr FLOQUET,
Médecin du Palais de Justice.

BULLETIN DES SYNDICATS

Union des Syndicats médicaux de France.

Réunion du bureau du 15 janvier 1893.

Présidence de M. le Dr Porson, Président.

Etaient présents : MM. Porson, Cézilly, Cellier, de Fourmestreaux, Maurat, Lécuyer, Luneau, Hervouet.

S'étaient fait excuser par lettre : MM. Gibert, Jubiot, Pouillot, Barat-Dulaurier, Mignen.

Mort du Dr Chevandier.

M. *Porson* ouvre la séance en rappelant la mort inopinée de M. Chevandier, président d'honneur de l'Union, le dévoué promoteur et défenseur de la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine. Il n'a malheureusement pas été prévenu à temps pour pouvoir envoyer à la famille un télégramme de condoléances, ou assister aux obsèques.

M. Cézilly a représenté aux obsèques le Concours médical et l'Union des Syndicats, et a offert une couronne au nom de ces deux Sociétés.

Le bureau décide que l'Union participera pour moitié à cette dépense.

Puis la décision suivante est prise :

« Le bureau de l'Union des Syndicats médicaux de France, réuni en séance, charge son président de transmettre à M. Chevandier fils et à sa famille la part, bien vive, prise par l'Union, à la perte qui vient de les frapper. »

Incidemment, M. Cellier soulève la question de savoir si l'on doit prendre la parole aux obsèques d'un membre du syndicat, en tant que syndiqué. Il trouve, pour sa part, qu'il est nécessaire que le syndicat soit représenté, mais il considère comme préférable de ne pas prendre la parole.

De la discussion qui suit, la conclusion est *qu'il faut toujours qu'un syndicat médical soit représenté aux obsèques d'un de ses membres* et que, généralement il est préférable que quelques paroles d'adieu soient prononcées, mais qu'il faut cependant ne pas ériger cela en règle, et laisser chacun juge de ce qu'il est convenable de faire à cet égard.

Il est décidé, également, que le Président ou le Secrétaire général, seront toujours immédiatement prévenus, dans le cas du décès d'un des membres du Bureau de l'Union.

Décoration de M. le Dr Gibert (du Havre).

Le président rappelle que le Dr Gibert, président d'honneur de l'Union, vient d'être promu à la dignité d'officier de la Légion d'honneur pour les grands services qu'il a rendus à la ville du Havre et au pays tout entier, lors de l'épidémie dernière de choléra.

Le bureau adresse toutes ses félicitations au Dr Gibert.

Création de syndicats et adhésions à l'Union

La parole est ensuite donnée à M. Hervouët, secrétaire-général, pour les diverses communications faites depuis la réunion générale.

Le syndicat de Quimperlé a renouvelé son adhésion à l'Union.

Un syndicat a été provisoirement formé dans l'arrondissement de Béziers ; la constitution définitive n'est pas encore terminée.

Le syndicat d'Avesnes est constitué et adhérent.

Le syndicat de Brives (Corrèze) est adhérent.

Le syndicat de Niort a demandé les statuts de l'Union. On peut considérer son adhésion à l'Union comme imminente.

Le Dr Balp, de Draguignan, désirerait faire revivre le syndicat, et a fait quelques tentatives. Le président pourrait lui écrire pour encourager ses efforts.

A Cannes, le Dr Berne a tenté de grouper les médecins français, et n'a pas encore réussi. Le président lui écrira également.

Le syndicat de Pont-l'Evêque adhère à l'Union. On va écrire au secrétaire pour avoir les noms et les adresses des adhérents.

Le syndicat de Caen vient d'être récemment formé. Le Dr Barette, président, demande les statuts de l'Union, et montre le désir que le syndicat fasse adhésion.

Demande d'appui matériel à l'Union.

Le Dr M., de Toulouse, qui vient de faire adhésion personnelle à l'Union, à défaut de syndicat pour sa région, demande son appui dans le cas suivant. Un client lui demande son règlement de compte, puis refuse de payer en invoquant la prescription. Quoique la lettre du client fût une preuve de la reconnaissance de la dette, le tribunal lui a donné raison et débouté le médecin de sa demande. Il faudrait aller en cassation, et les frais déjà supportés étant considérables, le Dr M. hésite. S'il y a gain de cause, c'est l'Union qui bénéficiera.

Notre confrère avait promis d'envoyer des renseignements complémentaires, qui ne sont pas venus. Il serait en effet nécessaire, pour que le bureau puisse discuter la chose, qu'il ait en mains les pièces du procès. Cela permettrait de voir s'il s'agit vraiment d'une question intéressant par un côté, tous les médecins, et ensuite s'il y a quelques chances d'obtenir gain de cause.

En l'absence de ces renseignements, le bureau décide qu'il n'y a pas lieu de discuter cette affaire pour le moment.

Budget de l'Union.

M. *Maurat, trésorier*. — Il y a environ 1100 membres adhérents, ce qui fait une recette de 2.200 francs. La publicité dans le Bulletin rapporte environ 500 fr. Les recettes s'élèvent donc à peu près à 2.700 francs. De plus, il y a en caisse actuellement un peu plus de 1.600 francs.

Pour régler les dépenses, il faut savoir à qui l'on enverra le Bulletin. Si on l'envoie à tous les membres des syndicats adhérents ou non, les dépenses vont augmenter dans des proportions assez considérables.

Après discussion, on décide de maintenir le *statuo quo : Le Bulletin sera donc envoyé, tous les mois, à tous les membres des Syndicats adhérents à l'Union.*

M. *Maurat*. — Les dépenses sont actuellement de 800 francs seulement pour le Bulletin, grâce à l'arrangement avec le Concours médical. Si, comme on doit le penser, le nombre des adhérents augmente, on peut mettre 1.200 francs de dépenses pour le Bulletin.

M. *Cézilly*. — Il faudrait aussi immédiatement décider quelles indemnités seront accordées au trésorier et au secrétaire, ainsi qu'au rédacteur du Bulletin.

M. *Maurat*. — Les années précédentes, j'étais secrétaire-trésorier, et il m'était alloué une indemnité de 300 francs. Depuis que je suis trésorier seulement, mes dépenses sont beaucoup réduites. Je crois qu'avec 100 francs par an, je les couvrirai. — *Adopté.*

M. *Porson*. — Si l'on s'en rapportait aux années précédentes, on allouerait donc 200 francs au secrétaire ; mais je crois pouvoir affirmer qu'en raison du développement de l'Union, la correspondance sera beaucoup augmentée. Je propose donc de maintenir le chiffre de 300 francs pour le secrétaire. — *Adopté.*

M. *Cézilly*. — Je propose le chiffre de 200 francs pour le rédacteur du Bulletin. — *Adopté.*

M. *Cézilly*. — Les indemnités de déplacement ont été votées par l'assemblée générale pour les membres du bureau. Ce sera certainement des frais considérables pour la caisse de l'Union.

M. *Porson*. — Je fais en ce moment des démarches pour obtenir la gratuité, ou au moins une réduction de moitié, sur les chemins de fer, pour les membres du bureau de l'Union. Si je réussis, comme j'ai de fortes raisons de l'espérer, ces frais seront, ou supprimés ou de beaucoup réduits.

M. *Cézilly*. — Mais la question de ce qu'on a très improprement appelé les jetons de présence, a été laissée à la décision du bureau. S'il est juste que les dépenses de chemin de fer soient remboursées, il me semble non moins juste qu'une indemnité soit allouée à celui qui veut bien laisser de côté toutes ses occupations, et peut, de ce fait, subir un tort considérable, comme j'en pourrais citer plusieurs exemples.

Après discussion, le bureau prend la décision suivante : « En considération de l'augmentation du nombre des membres du bureau, il ne sera pas alloué d'indemnité de présence, jusqu'à nouvel ordre. Mais le principe en est juste et n'est pas touché par cette décision. »

Insertion des statuts des Syndicats dans le Bulletin

M. *Porson*. — Avant de continuer l'ordre du jour, je désire demander l'avis du bureau sur le point suivant : On a déjà inséré les statuts de beaucoup de syndicats ; les nouveaux statuts ne sont en grande partie que la reproduction des anciens ; il est inutile d'en encombrer le Bulletin.

Résolution. — On n'insérera plus les statuts des nouveaux syndicats, sauf ce qui présentera un intérêt particulier et sera spécialement demandé par les secrétaires.

Non-paiement des cotisations.

M. *Maurat*. — Je désire appeler l'attention du bureau sur le fait suivant. Comme je l'ai dit à la réunion générale, les communications des secrétaires sur les changements survenus dans la composition des syndicats sont très rares et incomplètes. Cependant, malgré les difficultés survenant de ce fait pour le paiement des cotisations, celles-ci sont généralement acquittées. Il y a eu plusieurs syndicats très en retard pour

leurs cotisations, grâce, il est vrai, à l'inertie du bureau ; mais tous ces syndicats, sauf un, ont tenu à acquitter leurs cotisations arriérées. Celui qui fait exception est cependant d'une contrée riche ; et il n'a encore acquitté ni les arriérés, ni la cotisation de l'année, malgré les promesses faites par son président ; ce syndicat, qui n'a rien versé depuis six ans, est le syndicat médical de Bordeaux suburbain. Pouvons-nous, devons-nous laisser continuer un pareil état de choses ?

Résolution. « Le bureau regrette que le syndicat médical de Bordeaux suburbain, n'ait pas jugé bon de régler ses cotisations arriérées, et le lui rappelle pour la dernière fois. »

Envoi des statuts de l'Union.

Sur la proposition de M. Porson, il est décidé que les statuts de l'Union seront réinsérés dans le Bulletin, mais dégagés de la discussion qui a accompagné leur revision. Ils seront également imprimés sur des feuilles volantes, pour être adressés aux syndicats non adhérents et à toutes les Sociétés médicales de France. Une lettre-circulaire rédigée par le secrétaire général, sera insérée à la suite, rappelant l'existence légale des syndicats et de l'Union et invitant à créer des syndicats, là où il n'en existe pas encore. On rappellera la décision qui vient d'être prise au sujet des statuts des nouveaux syndicats.

Exercice de la médecine civile par les médecins militaires.

M. *de Fourmestreaux* fait l'historique de la question, et rappelle les déclarations qu'il avait cru pouvoir faire d'après M. Dujardin-Beaumetz, directeur du service de santé militaire.

M. *Porson* dit qu'il a jugé à propos, avant la première réunion du Bureau de l'Union, de demander une entrevue pour lui et le Secrétaire général de l'Union, M. le Dr Hervouet, à M. Dujardin-Beaumetz, le Directeur du service de santé au Ministère de la Guerre. Ce dernier les a reçus de la manière la plus courtoise, et s'est entretenu longuement avec eux sur les différents points de cette délicate question.

Mais ses explications, qui sont de nature à satisfaire le corps médical tout entier, ne pouvant avoir aucun caractère officiel et M. le Ministre de la Guerre ayant seul qualité pour faire une telle déclaration, il est opportun d'écrire à M. le Ministre de la Guerre pour solliciter de lui, une réponse qui puisse être communiquée à tous les médecins civils.

Le Bureau approuve cette démarche et prend la résolution suivante : « *Une lettre sera adressée par le Président à M. le Ministre de la Guerre pour le prier de vouloir bien faire connaître, officiellement, quelles sont ses idées sur la pratique de la médecine civile par les médecins militaires, afin que les médecins civils puissent savoir à quoi s'en tenir à ce sujet et que, lorsqu'ils se croiront lésés dans leurs intérêts par leurs confrères militaires, ils sachent exactement quelle voie auront à suivre leurs réclamations.* »

Exerciee de la médecine sur les frontières.

Aucun document n'ayant été adressé au Bureau, la question est reportée à la prochaine réunion. M. Lécuyer est chargé de s'en occuper.

Assistance publique des indigents.

Résolution. — Un projet-modèle sera étudié par une commission nommée à la réunion suivante, afin que chaque Syndicat puisse l'étudier et le faire adopter dans son département. D'ici là un questionnaire sera adressé par les soins de M. le Président, à tous les Syndicats et les réponses seront remises à la commission de l'Assistance afin de faciliter ses travaux. A propos de cette question, M. le Président fait part à ses collègues d'une visite qu'il a faite à M. Monod, le Directeur de l'Assistance publique et de l'Hygiène au ministère de l'Intérieur. Celui-ci lui a déclaré qu'il voyait avec la plus grande satisfaction les syndicats médicaux s'occuper des questions relatives à l'Assistance et à l'hygiène, qu'il ne pouvait que les encourager dans cette voie qui sera féconde en résultats pour tous. Après être tombé d'accord sur ce point que, si les médecins sont rares dans les campagnes, c'est surtout à cause du défaut d'organisation de l'Assistance des indigents, et de l'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie, il déclare à M. le Président qu'il est tout prêt à seconder les syndicats médicaux qui voudront lui adresser leurs doléances. Cette promesse est utile à recueillir en présence des condamnations dérisoires infligées par les tribunaux dans la plupart des cas d'exercice illégal qui leur sont signalés par nos syndicats.

Affiliation à la ligue de la Prévoyance et de la mutualité.

Sur la proposition de M. Porson, il est décidé aussi que l'Union donnera son adhésion, à l'exemple des syndicats de la Seine et de la Loire-Inférieure, à la ligue de la Prévoyance et de la mutualité, afin de suivre les travaux de cette importante Société et de pouvoir envoyer des délégués à ses Assemblées générales, comme l'ont fait, l'année dernière, les médecins de la Seine, en se faisant représenter au Congrès de Bordeaux par le Président de leur Syndicat, M. le Dr Le Baron. C'était la première fois qu'un médecin venait défendre les intérêts de ses confrères dans ces assises de la mutualité ; on sait avec quelle énergie et quel tact M. le Dr Le Baron s'est acquitté de cette délicate mission.

Sociétés de secours mutuels.

La même résolution est prise que pour la question précédente. M. le Dr Luneau, secrétaire-adjoint, se chargera du questionnaire et réunira les réponses qui seront remises à la commission qui sera nommée au mois d'avril.

Loi sur l'exercice de la pharmacie.

La loi sur la pharmacie n'a pas le bénéfice de l'urgence, le bureau ne perd pas de vue la question, et s'en occupera en temps utile, de manière à étendre le plus possible les prérogatives des médecins exerçant à la campagne.

Dépôt des statuts de l'Union.

M. *Porson*. Les syndicats de province ont reçu de l'Administration préfectorale une demande de dépôt de leurs statuts. Il paraît qu'à Paris on a cependant refusé de recevoir ceux du syndicat des médecins de la Seine. MM. Cézilly et Hervouët rempliront les formalités et iront déposer les statuts de l'Union ; nous saurons ainsi à quoi nous en tenir, et s'il faut attendre une année, ce qui semblerait peu rationnel étant donné ce qui s'est passé en province.

Le secrétaire-général, Dr P. Hervouet.

REPORTAGE MÉDICAL

Association de la Presse médicale.

Congrès international de Médecine de Rome en 1893.

Le 13 janvier dernier a eu lieu, chez Marguery, un dîner spécial de l'Association de la Presse médicale, sous la présidence de M. le Pr Cornil.

Ce banquet, auquel assistaient les syndics, MM. de Ranse et Cézilly, les membres du Conseil judiciaire de l'Association et quinze membres participants, était offert à M. le commandeur professeur Edouard Maragliano, directeur de l'Institut de clinique médicale à l'Université royale de Gênes et secrétaire général du IXe Congrès international de Médecine, venu à Paris pour se mettre en rapport avec l'Association de la Presse médicale, au sujet du prochain Congrès qui doit avoir lieu à Rome, du 24 septembre au 1er octobre 1893.

M. le Président a présenté M. le Pr Maragliano, qui a répondu en termes des plus flatteurs pour notre pays.

Après discussion, il a été décidé ce qui suit :

1° Par les soins de l'Association de la Presse médicale, un Comité est institué sous la dénomination de « *Comité français d'initiative et de propagande pour le Congrès international de Rome en 1893* ».

Ce Comité a pour mission de mettre tout en œuvre pour assurer la participation de la France au Congrès de Rome.

2° Sont nommés membres de ce Comité tous les membres de l'Association de la Presse médicale présents au dîner du 13 janvier, à savoir : MM. Cornil, président ; Cézilly, de Ranse, syndics ; Chervin, Chevallereau, Delefosse, Doléris, Gorecki, Gougenheim, Joffroy, Laborde, Landouzy, Lereboullet, Meyer, Moure, Prengrueber, Ch. Richet ; M. Baudouin, secrétaire général.

3° Le bureau du Comité, composé de MM. Cornil, président, de Ranse et Cézilly, syndics, Marcel Baudouin, secrétaire, fournira tous les renseignements nécessaires aux intéressés et à toutes les personnes qui désireraient visiter l'Italie en allant assister au Congrès de Rome.

4° Toutes les communications relatives aux travaux de ce Comité doivent être adressées à M. le Dr Marcel Baudouin, secrétaire général de l'Association de la Presse médicale, 14, boulevard Saint-Germain, Paris.

— L'Académie de Médecine se trouve subitement éprouvée par la mort inopinée de MM. Desnos et Hardy.

M. Desnos, médecin de l'hôpital de la Charité, faisait partie depuis un an à peine de l'Académie de médecine. Agrégé de la Faculté, et d'une valeur scientifique incontestable, il avait été le concurrent malheureux de M. Debove au professorat. Il était président de la Société médicale des Hôpitaux, et le secrétaire-général de la Société a lu, à la dernière séance, le discours préparé par son président. Notons que M. Desnos était un des adhérents de la première heure de l'Association syndicale des médecins de la Seine.

M. Hardy, professeur honoraire de la Faculté, et ancien médecin de l'Hôpital Saint-Louis, faisait partie de l'Académie depuis environ trente-cinq ans. Son enseignement a été d'un grand éclat, et on lui a récemment rendu hommage en le nommant président d'honneur du Congrès des Dermatologistes de Vienne. Esprit très actif, jugement très droit, il était un des plus assidus aux séances.

— M. Horteloup, chirurgien à l'hôpital Necker, vient de mourir à Hyères après une maladie de quelques mois.

— *L'hôpital Péan.* — Le 21 janvier a eu lieu l'inauguration de « l'hôpital International » élevé sur les indications et aux frais de M. Péan, rue de la Santé. Il est destiné aux malades pauvres de tous pays atteints d'affections chirurgicales opérables.

Tout a été combiné dans cet hôpital véritablement modèle pour réaliser l'asepsie la plus complète. Une place a été réservée dans ses locaux pour l'installation d'une policlinique.

Les consultations ont lieu les lundis, mercredis et vendredis, à 9 heures du matin, et les leçons cliniques tous les samedis, de 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2 du matin.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3777. — M. le Dr Raimbert, de Châteaudun (Eure-et-Loir), présenté par M. le Dr Picard, de Cloyes.

N° 3778. — M. le Dr de la Rochefordière, de Montbert (Loire-Inférieure), membre des Syndicats de Nantes et de Montaigu.

N° 3779. — M. le Dr Delcroix, de Dieppe (Seine-Inférieure), membre de l'Association des médecins de la Seine-Inférieure.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les Drs Guillaumon, de St-Laurent (Dordogne) et Petiteau, des Aubiers (Deux-Sèvres), membres du Concours Médical.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année N° 5 4 Février 1893

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Heures des cours et cliniques.

CLINIQUES DE LA FACULTÉ.

Hôtel-Dieu. — Clinique médicale. Prof. G. Sée. Lundi, mercredi, vendredi, à 10 h. — Clinique chirurgicale. Prof. Le Fort. Mardi, jeudi, samedi, à 10 h.

Charité. — Clinique médicale. Prof. Potain. Mardi, samedi, à 10 h. — Clinique chirurgicale. Prof. Duplay. Mercredi, vendredi, à 10 h.

Pitié. — Clinique médicale. Prof. Jaccoud. Mardi, jeudi, samedi, à 10 h. — Clinique chirurgicale. Prof. Tillaux. Lundi, mercredi, vendredi, à 10 h.

Necker. — Clinique médicale. Prof. Peter. Mercredi, vendredi, à 10 h. — Clinique chirurgicale. Prof. Le Dentu. Mardi, jeudi, samedi, à 10 h.

Saint-Louis. — Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. Prof. Fournier. Vendredi, à 10 h., le mardi présentation de malades, à 9 h.

Salpêtrière. — Clinique des maladies nerveuses. Prof. Charcot. Mardi, vendredi, à 10 h.

Asile Sainte-Anne. — Clinique des maladies mentales. M. Ballet, agrégé. Dimanche, à 9 h.

Enfants-Malades. — Clinique infantile. Prof. Grancher. Mardi, samedi, à 4 h. s. — Cours par les chefs de clinique et de laboratoire dans l'après-midi.

Clinique de la rue d'Assas. — Accouchements. Prof. Tarnier. Mardi, samedi, à 9 h.

Clinique Baudelocque. — Accouchements. Prof. Pinard.

Necker. — Clinique des maladies des voies urinaires. Prof. Guyon. Mercredi, samedi, 9 h.

Hôtel-Dieu. — Clinique ophthalmique. Prof. Panas. Lundi, vendredi, 10 h.

Cours et conférences cliniques de MM. les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux de Paris (année scolaire 1892-1893).

Hôtel-Dieu : M. Bucquoy : Conférences cliniques au lit des malades, le vendredi à neuf heures, salles Saint-Augustin et Sainte-Monique. — Maladies du cœur et des vaisseaux, le mercredi à neuf heures, salles Saint-Augustin et Sainte-Monique.

M. Lancereaux : Médecine générale ; clinique au lit des malades, les lundis, mercredis, vendredis, à huit heures et demie, salle Saint-Denis.

M. Cornil : Gynécologie (conférences cliniques faites par M. le docteur Bonnaire), les lundis, jeudis, vendredis, à dix heures, amphithéâtre Gallard. — Conférences d'anatomie pathologique, les mercredis, samedis, à dix heures, amphithéâtre Bichat.

Pitié. — M. Albert Robin : Leçons de thérapeutique clinique, le vendredi, à neuf heures et demie, amphithéâtre n° 3 (semestre d'hiver). — Examen des malades nouveaux ; clinique thérapeutique, le mercredi, à neuf heures, salles Piorry et Lorrain. — Chimie pathologique, le jeudi, à neuf heures trois quarts, laboratoire du service (semestre d'été). — Conférences cliniques par des candidats au Bureau central, les lundis, samedis, à dix heures, laboratoire du service.

M. Reclus : Clinique chirurgicale, les mardis, jeudis, samedis, à neuf heures.

Charité. — M. C. Paul : Conférences sur la thérapeutique clinique (et plus particulièrement sur les maladies du cœur et nerveuses), le vendredi, à neuf heures et demie, amphithéâtre Velpeau (à partir du 1er mai 1893).

M. Luys : Maladies du système nerveux, le jeudi, à dix heures et demie, amphithéâtre Velpeau. — Les conférences commenceront à une époque qui sera ultérieurement indiquée.

M. Després : Chirurgie journalière. — Opérations et consultations, les lundis, mercredis.

M. Budin : Interrogatoire des élèves, les mardis, jeudis, samedis. — Clinique obstétricale, le jeudi, à dix heures et demie, amphithéâtre Velpeau. — Cours théoriques d'accouchement (faits par M. le docteur Bonnaire), les mardis, jeudis, samedis, à cinq heures, salle de garde du service d'accouchement.

Saint-Antoine. — M. Letulle : Clinique médicale, le samedi, à dix heures et demie, à l'amphithéâtre (semestre d'hiver).

M. Brissaud : Clinique médicale, le mardi, à dix heures et demie, à l'amphithéâtre (semestre d'hiver).

M. Hanot : Clinique médicale, le jeudi, à dix heures et demie, à l'amphithéâtre (semestre d'hiver).

M. Blum : Clinique chirurgicale, le mercredi, à dix heures et demie, à l'amphithéâtre (semestre d'hiver).

M. Ballet : Clinique médicale, le lundi, à dix heures et demie, à l'amphithéâtre (semestre d'été).

M. Gingeot : Clinique médicale, le mercredi, à dix heures et demie, à l'amphithéâtre (semestre d'été).

M. Tapret : Clinique médicale, le jeudi, à dix heures et demie, à l'amphithéâtre (semestre d'été).

M. Merklen : Clinique médicale, le vendredi, à dix heures et demie, à l'amphithéâtre (semestre d'été).

M. Monod : Clinique chirurgicale, les mardis, samedis, à dix heures et demie, à l'amphithéâtre (semestre d'été).

Necker. — M. Rigal : Conférences cliniques au lit du malade, les mercredis, jeudis, à neuf heures et demie, salles Boulcy et Lasègue.

M. Rendu : Clinique médicale, le jeudi, à dix heures, amphithéâtre de médecine.

M. N... : Maladies des organes génitaux et urinaires de l'homme et de la femme (conférences faites par M. le docteur Pothcrat), le jeudi, à dix heures, à l'amphithéâtre.

Cochin. — M. Dujardin-Beaumetz : Clinique thérapeutique, tous les jours, à neuf heures et demie, amphithéâtre du service.

M. Gouraud : Clinique médicale au lit du malade, tous les jours, à dix heures.

M. Bouilly : Conférences de gynécologie, le mercredi, à dix heures, amphithéâtre de la baraque 5 (semestre d'hiver).

M. Schwartz : Conférences de clinique chirurgicale, les mardis, samedis, à dix heures et demie, réfectoire des malades (hommes) (semestre d'hiver).

M. Quénu : Pathologie chirurgicale, tous les jours, à neuf heures, au lit des malades.

Beaujon. — M. Théophile Anger : Clinique chirurgicale, les mercredis, vendredis, à neuf heures et demie, à l'amphithéâtre. — Leçons cliniques et opérations de gynécologie, les lundis, jeudis, à neuf heures et demie, pavillon Dolbeau.

M. Ribemont-Dessaignes : Leçons d'accouchement, les samedis, à dix heures, à l'amphithéâtre. — A partir du 1er février 1893. — Conférences au lit du malade, tous les jours, à neuf heures et demie.

Lariboisière. — M. Duguet : Clinique médicale, tous les jours à neuf heures, au lit des malades.

M. Gouguenheim : Maladies du larynx et du nez (cours théorique), dimanche, à dix heures, salle d'examen du larynx. — Consultations et conférences cliniques, les mardis, jeudis, samedis, à neuf heures.

M. Gérin-Roze : Clinique médicale, tous les jours (mercredi excepté), à neuf heures.

M. Raymond : Maladies nerveuses, le jeudi, à dix heures, salle Trousseau. — Examen clinique tous les jours, à neuf heures, au lit des malades.

M. Landrieux : Clinique médicale, le samedi, à neuf heures, au lit des malades. — Consultation externe de gynécologie, le mercredi, à neuf heures.

M. Troisier : Clinique médicale, tous les jours, à neuf heures, au lit des malades.

M. Paul Berger : Pathologie chirurgicale, tous les jours, à huit heures trois quarts, au lit des malades.

Hôpital Trousseau. — M. Legroux : Clinique infantile le mercredi, à 3 heures et demie, salles Barrier et Blache.

Hôpital de Lourcine (Broca). — M. le docteur de Beurmann commencera ses leçons pratiques sur les affections vénériennes et syphilitiques le lundi 9 janvier, à dix heures, à l'hôpital de Lourcine, et les continuera les lundis suivants, à la même heure.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies des vieillards et maladies chroniques du système nerveux* : M. Dejerine, mercredi, à 10 h. — *Maladies mentales* : M. Charpentier, mercredi, à 8 h. 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants* : M. Bourneville, samedi, à 9 h.

Saint-Louis. — M. Besnier : Policlinique, petite chirurgie dermatologique, lupus, acné, etc., le mardi, à neuf heures, laboratoire Alibert. — Affections parasitaires, teigne, traitement des affections du cuir chevelu, le mercredi, à neuf heures, laboratoire Alibert (toute l'année). — Consultation clinique externe, le vendredi, à neuf heures, 38, rue Bichat.

M. Hallopeau : Dermatologie et syphiligraphie, le dimanche à neuf heures et demie, salle des conférences du musée (janvier, février, mars 1893). — Consultation clinique externe, le lundi, à neuf heures, 38, rue Bichat (toute l'année).

M. Quinquaud : Dermatologie et syphiligraphie, les lundis, jeudis, à dix heures ; les lundis, mercredis, vendredis, à quatre heures, salle Cazenave (semestre d'été).

M. Tenneson : Affections du cuir chevelu, le lundi, à neuf heures. — Opérations dermatologiques, le mardi, à neuf heures, laboratoire Biett. — Reprendra ses cours au mois de mars 1893. — Examen des nouveaux malades, le jeudi, à neuf heures.

M. Du Castel : Conférences sur les dermatoses et la syphilis, le mercredi, à trois heures, salle des conférences du musée (avril, mai, juin 1893). — Traitement chirurgical des maladies de la peau, le lundi, à neuf heures et demie, salle Emery (toute l'année).

M. Championnière : Opérations et conférences cliniques, le lundi, à neuf heures, isolement. — Cours et conférences de clinique chirurgicale, salle des conférences du musée (toute l'année).

Enfants-malades. — M. J. Simon : Thérapeutique infantile, le mercredi, à neuf heures, à l'am-

phithéâtre. — Consultations cliniques, le samedi, à neuf heures, salle de la consultation.

M. Descroizilles : Maladies infantiles, le vendredi, à neuf heures et demie, à l'amphithéâtre ou salle Chaumont. — La date d'ouverture sera fixée ultérieurement.

M. Ollivier : Séméiologie, pathologie et cliniques infantiles, le lundi, à l'amphithéâtre ; le vendredi, au lit des malades. — Policlinique, les mardis, samedis.

M. d'Heilly : Fièvres éruptives, rachitisme, mal de Pott, coxalgie, le mardi, à neuf heures, salle Roger (à partir de février 1893).

M. de Saint-Germain : Traitement des tumeurs vasculaires et des affections articulaires, le jeudi, à neuf heures, à l'amphithéâtre (à partir de février 1893).

Midi. — M. Mauriac : Syphilis et maladies vénériennes (clinique et thérapeutique), le samedi, à neuf heures et demie, musée de l'hôpital.

M. Balzer : Affections vénériennes, le jeudi, à neuf heures et demie, salles des malades.

M. Humbert : Clinique chirurgicale et maladies vénériennes ; opérations, le mardi, à neuf heures et demie, salles d'opérations (à partir de février 1893).

Nouvelle méthode de traitement chirurgical de l'hypertrophie des amygdales.

M. le Dr *Ruault*, dont la compétence en matière de pharyngologie est connue de tous, préconise un nouveau traitement contre l'hypertrophie amygdalienne.

Tout d'abord, on s'assure, par un examen attentif à l'aide de la sonde amygdalienne (crochet mousse), de l'état des cryptes ; et si elles renferment des concrétions, on les en débarrasse par la discision ; puis on recherche avec soin s'il existe des adhérences des amygdales et des piliers, et on les libère, s'il y a lieu, à l'aide d'un crochet coupant en forme de serpette. Cet examen et ces petites opérations préliminaires, qui se font aisément après anesthésie locale cocaïnique, ont une très grande importance ; et elles ne doivent jamais être négligées.

On procède ensuite au morcellement, qu'on pratique à l'aide d'une pince à emporte-pièce extrêmement puissante, et qui permet de réaliser sans effort la section nette du tissu amygdalien saisi entre ses mors. Pour arriver à ce résultat, les pinces emporte-pièce à double tranchant annulaire ou ovalaire (du modèle imaginé pour le larynx par Krishaber et repris ensuite par Krauss, Gouguenheim, etc.) ne conviennent pas ; pas plus que les pinces à mors en forme de cuillers tranchantes, elles ne réussissent pas à effectuer la section complète du tissu saisi ; et, pour enlever le fragment morcelé, il est nécessaire d'opérer une traction brusque qui déchire les lambeaux adhérents, manœuvre douloureuse pour le malade. Les pinces emporte-pièce, ne doivent avoir qu'un seul mors annulaire ; l'autre mors est plein, cylindrique, s'emboîte exactement dans le premier, et la section opérée par l'instrument est toujours complète. L'ajustage est assuré par la façon dont la pince est construite ; l'une des branches étant emboîtée dans l'autre, de façon à ce que les mouvements d'écartement et de rapprochement des mors se fassent toujours suivant une direction absolument invariable, quant à la façon d'appliquer la pince, on se guidera sur la forme, la saillie de l'amygdale, etc. ; et la manière de faire variera dès lors dans les différents cas. L'important est de se garder de saisir un des piliers entre les mors de la pince, et d'éviter de faire dans le tissu amygdalien de trop grosses prises. Jamais la surface libre des morceaux saisis ne doit dépasser les limites de l'emporte-pièce. Il faut faire la prise d'une main ferme et rapprocher les mors de la pince avec force pour sectionner franchement le morceau. On enlève ainsi, en trois ou quatre prises consécutives, une bonne partie de la surface de la glande ; l'écoulement sanguin est tout à fait insignifiant et la douleur à peu près nulle.

La même manœuvre est pratiquée ensuite, s'il y a lieu, sur l'autre amygdale, après un temps de repos. On abandonne alors la pince ; et, après avoir laissé reposer le malade quelques instants, on pratique sur les surfaces tonsillaires cruentées une *friction énergique* à l'aide d'un tampon de coton hydrophile fixé à l'extrémité d'une longue pince à forcipressure, et imbibé d'une *solution iodo-iodurée forte* (iode, 1 ; iodure de potassium, 1 ; eau distillée, 6 à 8 grammes). Cette friction donne lieu à une sensation de cuisson d'abord assez forte, mais qui diminue rapidement d'intensité et est toujours de courte durée (quart d'heure ou demi-heure, rarement plus). Le malade se gargarise et se lave la bouche à l'eau froide ; et il peut ensuite se retirer et prendre son repas sans gêne, ni douleur.

Dans la majorité des cas, deux séances suffisent pour faire rétracter complètement les amygdales.

Sur 80 malades, M. Ruault n'a eu que 3 fois l'obligation de faire trois séances ; la rétraction était toujours complète au bout de ce temps, c'est-à-dire 3 semaines au plus.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

La symphyséotomie.

Les rétrécissements du bassin sont malheureusement assez fréquents et, de nos jours encore, ils font le désespoir des accoucheurs, qui, pour sauver la vie de la mère, se voient obligés de sacrifier l'enfant, Dieu sait par quelles manœuvres barbares. A une époque où le problème de la dépopulation et de la repopulation s'impose avec tant d'actualité pour la France, il devient encore plus navrant de se voir obligé de supprimer quelques pauvres nouveau-nés, volontairement et cruellement pour débarrasser leur mère et l'arracher elle-même à une mort certaine. L'opération césarienne est devenue moins terrible qu'autrefois, grâce à l'antisepsie, et l'on peut dire qu'elle a déjà évité bien des céphalotripsies et des basiotripsies. Mais elle n'est pas encore et ne sera jamais du domaine des opérations courantes, et l'antisepsie même ne l'empêche pas d'avoir encore une gravité considérable. L'avenir de l'obstétrique paraît plutôt se trouver du côté d'une opération beaucoup moins sérieuse que l'opération césarienne, et qui, inventée il y a bientôt un siècle 1/2 par Sigault, chirurgien français, vient d'être exhumée de l'oubli où elle était tombée, par

Morisani, de Naples, Pinard, de Paris et Farabeuf.

Comme le dit M. le Dr *Wallich*, dans un remarquable article du *Bulletin médical*, cette nouvelle opération devra être connue de tous les praticiens comme opération d'urgence, au même titre que la kélotomie, la trachéotomie, la céphalotripsie ; elle se nomme la *symphyséotomie*, et consiste dans la section de la symphyse pubienne.

I

Sigault avait inventé l'opération, mais il n'avait pu la rendre pratique, car il ne connaissait pas l'antisepsie. Aussi son opération tomba-t-elle rapidement dans l'oubli. Ce n'est qu'après les recherches scientifiques de Morisani et de M. Pinard, après la connaissance parfaite et précise de l'antisepsie, qu'on a pu poser le manuel opératoire et les indications de cette nouvelle opération.

Des expériences faites sur le cadavre par MM. Farabeuf et Pinard, on peut tirer les conclusions suivantes :

1° L'écartement des pubis obtenu après la section de la symphyse fournit un agrandissement des diamètres du bassin proportionnel à cet écartement, et cela par le jeu des articulations sacro-iliaques, sans que les ligaments de celles-ci soient lésés ;

2° Dans les bassins rachitiques mesurant au-dessus de six centimètres dans le sens antéro-postérieur, l'agrandissement fourni par l'écartement des pubis est plus considérable que celui fourni par un même degré d'écartement sur un bassin normal ;

3° L'écartement peut mesurer jusqu'à six centimètres sans lésions des articulations sacro-iliaques, la distance qui sépare le promontoire de chacune des extrémités de la symphyse augmente d'un nombre de millimètres doubles du nombre de centimètres que mesure l'écartement. Les diamètres transverses s'allongent, dans toute l'étendue de l'excavation pelvienne, de la moitié de la valeur de l'écartement des extrémités de la symphyse ; le diamètre oblique subit un allongement dont la valeur est comprise entre celles de l'allongement subi par le diamètre antéro-postérieur et le diamètre transverse. Les branches descendantes des pubis s'écartent également d'une façon assez notable.

Conclusions auxquelles il faut en ajouter une 4e, tirée des observations cliniques sur la consolidation facile des ruptures de la symphyse pubienne : La symphyséotomie, pratiquée antiseptiquement, est suivie d'une consolidation complète et rapide et n'expose la malade à aucune infirmité consécutive.

La statistique de l'opération césarienne pratiquée dans les meilleures conditions modernes, par un des plus habiles opérateurs gynécologistes, Léopold, est encore au taux de 10 % de mortalité.

La basiotripsie de M. Tarnier, qui est certainement la meilleure des opérations de broiement, donne une statistique de 0 % dans la mortalité des mères, mais les enfants sont toujours sacrifiés. Que l'on compare à ces chiffres, la statistique de la symphyséotomie, publiés dans les *Annales de gynécologie*, par le Dr Spinelli, assistant du prof. Morisani : sur 24 cas, il y eut 24 fois extraction d'enfants vivants ; un seul d'entre eux mourut douze heures après l'extraction, et 24 fois la mère guérie put se lever du *septième au quinzième jour*. Les bassins mesurent, dans ces observations, pour le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, de 6,3 à 8 centimètres, les enfants pesant de 2.100 grammes à 5 kilogr. (1).

En ajoutant aux 24 cas de symphyséotomie, qui composent la statistique récente de Spinelli, 12 autres cas, M. Schwarze arrive à un total de 36 opérations, toutes avec terminaison favorable pour la mère ; 3 seulement ont eu une issue fâcheuse pour le produit de la conception.

Léopold lui-même, le grand césarien, parle en ces termes de la valeur immense de la nouvelle opération :

« Mon impression est que le champ de l'opération césarienne doit être considérablement réduit et restreint aux cas *d'indication absolue*, c'est-à-dire aux bassins de 6 cent. et au-dessous, lorsque le fœtus est à terme. La mortalité, après l'opération césarienne, est et reste plus grande qu'après la crâniotomie et la symphyséotomie, et cela en dépit de quelques statistiques particulières où elle oscille de 0 à 5 %. »

De tels témoignages nous paraissent suffisants pour convaincre nos lecteurs de la nécessité absolue où ils se trouvent de savoir maintenant pratiquer la symphyséotomie.

II

MANUEL OPÉRATOIRE.

La symphyséotomie est d'une exécution relativement simple et d'une instrumentation peu compliquée : *un bistouri convexe, un bistouri boutonné, une sonde cannelée, quelques pinces à forcipressure*, tels sont les seuls instruments nécessaires, avec un *forceps* pour l'extraction de la tête.

Il faut encore du crin de Florence, du fil de soie fort, du fil d'argent, de la gaze antiseptique, de l'ouate hydrophile, des éponges préparées, un bon bandage de corps et des solutions antiseptiques de sublimé au 1/1000 ou d'eau phéniquée forte.

L'antisepsie absolue est de rigueur : sans elle l'opération serait déplorable ; il faut bien observer l'antisepsie, non seulement pendant l'opération, mais aussi avant et après, pour toutes les manœuvres, touchers et extractions que l'on pratique dans les voies génitales.

Donc : 1° lavages soignés des mains, des bras mêmes du chirurgien, lavages de l'abdomen et du mont de Vénus avec savon, sublimé chaud à 1/1000, rasure de toute la surface pileuse, essuyage avec du linge chaud imbibé de sublimé. La vessie est vidée au moyen d'une sonde *bien aseptique*, et la malade placée dans le décubitus dorso-sacré, les cuisses fléchies, en abduction.

2° Incision verticale de 8 à 10 c. m. sur la ligne médiane sterno-clitoridienne ; on incise la peau et la graisse prépubienne, en tenant le bistouri incliné et le dirigeant jusqu'au clitoris, qu'il ne faut pas intéresser. Quelques pinces ; un ou deux coups d'éponge au sublimé chaud.

3° Séparer les muscles droits antérieurs, avec la sonde cannelée, dans la partie supérieure de la plaie ; fendre doucement le fascia. Éponger

(1) Wallich, in *Bull. méd.*, 1892.

4º Introduire le doigt par cette ouverture, derrière la symphyse, dans la cavité prévésicale, sans rien déchirer. Le doigt va protéger la vessie et rester à cette place pendant la section de la symphyse. On peut entourer le doigt de gaze iodoformée.

5º Incision de la symphyse de haut en bas et d'avant en arrière par plusieurs petits coups de bistouri droit, puis de bistouri boutonné. Il faut réserver le ligament sous-pubien pour la fin, mais couper *intégralement* le fibro cartilage interosseux. On doit aider la séparation des 2 pubis en exagérant l'abduction des cuisses, et essayer de forcer le ligament sous-pubien avec le doigt. On l'incise alors légèrement, lentement, afin d'épargner l'urèthre sous-jacent :

6º Pour terminer, on écarte les cuisses jusqu'à ce que le doigt puisse passer à l'aise entre les deux pubis, dans toute leur hauteur, et que l'on puisse même obtenir un écartement de 4 à 6 centimètres.

Si les veines de la cavité de Retzius et du plexus de Santorini, donnent en nappe, on tamponne à la gaze iodoformée ; un pansement iodoformé ou salolé provisoire est appliqué et maintenu par une serviette chaude non attachée, sur la plaie opératoire, et on s'occupe de l'accouchement.

L'anesthésie chloroformique est utile, quoique non indispensable, pour cette opération de courte durée.

Le fœtus est extrait au forceps avec la plus grande facilité. Bien maladroits seraient ceux qui tenteraient de préférence la version ; car l'extraction tête dernière n'est qu'un pis-aller et l'on ne doit y avoir recours que contraint et forcé par les circonstances (présentations du siège ou de l'épaule irréductibles par suite de la rupture prématurée des membranes). (Varnier.)

Le fœtus extrait, on fait la délivrance comme dans un cas normal, on lave soigneusement la cavité utérine et, après avoir enlevé avec précaution le pansement provisoire de la plaie symphysienne, on procède à la suture. On place deux ou trois sutures profondes des téguments et autant de sutures superficielles qu'il convient, soit avec des crins de Florence, soit avec des fils d'argent, suivant les procédés ordinaires. Le simple rapprochement des cuisses suffit à affronter, sans sutures osseuses, les surfaces de la symphyse, ainsi qu'à assurer leur réunion et leur consolidation. Pour les maintenir affrontées, il faut immobiliser le bassin ; Morisani se contente d'un simple bandage de corps un peu serré, et, à la rigueur, à défaut d'autres moyens de contention, ce procédé peut suffire, ainsi que l'on peut en juger par les observations de cet auteur (1).

Le Dr *Beugnies*, de Givet, conseille de faire le drainage de la plaie. Nous ne partageons pas son avis ; avec une antisepsie parfaite, et une compression suffisante, il ne se fait aucun écoulement de sérosité, et le drainage est toujours une porte ouverte à l'infection secondaire. Le mieux est de s'en abstenir toutes les fois qu'on le peut, sans imprudence.

M. Pinard, emploie pour immobiliser le bassin de ses opérées, un lit spécial ; mais nous ne le croyons pas indispensable, et une gouttière de Bonnet ou seulement un bon bandage de Morisani nous semble répondre à toutes les exigences de la pratique.

(1) Wallich, in *Bull. méd.*, 1892.

Les suites opératoires sont généralement des plus simples, mais à cette condition expresse que l'antisepsie et tout son cortège de *manies* soient rigoureusement respectés et observés :

« La réunion se fait par première intention. Les fils sont enlevés du cinquième au septième jour. L'opérée est sortie de son appareil contentif du dixième au quinzième jour. La consolidation osseuse est déjà suffisante pour que la malade puisse remuer dans son lit sans douleurs ; elle peut se lever et marcher du vingtième au vingt-cinquième jour, sans douleurs, ni au niveau de la symphyse, ni au niveau des articulations sacro-iliaques, ne s'apercevant parfois de son ancienne opération qu'à une certaine gêne pour monter ou descendre un escalier, et encore ce trouble, quand il se produit, ne dure pas longtemps. » (1)

La température doit rester normale 37°5, 37°8, au plus, pendant toute la durée de la cicatrisation et l'état général se maintenir aussi bon que s'il s'agissait d'un accouchement normal.

On a parlé récemment d'un accident opératoire possible : c'est la blessure de l'urèthre pendant la section du ligament sous-pubien. Cet accident ne peut arriver, en prenant, au moment d'inciser les parties inférieures de la symphyse, la précaution de placer une sonde métallique dans l'urèthre, et d'abaisser, au moyen d'elle, cet organe, pendant qu'on termine la section.

La vessie est toujours protégée par le doigt introduit avant la section symphysienne, dans la cavité prévésicale.

Quant aux indications de la symphyséotomie, elles paraissent être des plus simples.

Toutes les fois qu'un fœtus sera trop volumineux ou que le bassin de la mère sera trop étroit pour permettre un accouchement naturel ou par le forceps, quel que soit l'état de santé de la mère, toutes les fois que le bassin aura moins de 95 millimètres et plus de 65 millimètres, on devra pratiquer la symphyséotomie. La céphalotripsie ou basiotripsie ne doit plus être appliquée qu'à un fœtus mort ; tout enfant vivant doit être extrait vivant.

La symphyséotomie est suffisante pour la plupart des cas de rétrécissement du bassin ; pour les cas extrêmes seulement, on aura recours à l'opération césarienne.

Dans une variété de bassins rétrécis, il est cependant impossible ou au moins insuffisant de pratiquer la symphyséotomie ; c'est dans le cas de *bassin oblique ovalaire avec ankylose* d'une articulation sacro-iliaque. M. le professeur Pinard a communiqué, le 9 janvier 1893, à l'Académie de Médecine, l'observation d'une femme atteinte de ce vice de conformation et sur laquelle il a tenté avec succès une opération du même genre que la symphyséotomie, quoique plus grave. La femme était enceinte pour la 5e fois et tenait, au péril de sa vie, à mettre au monde un enfant vivant, les 4 précédents n'ayant naturellement pu venir vivants.

Cette variété d'opération pubienne, combinée

(1) Wallich, ibidem.

par M. Farabeuf et exécutée par M. Pinard, peut être désignée sous le nom *d'ischiopubiotomie* (inventée par Stoltz).

Quoique beaucoup plus difficile et d'une pratique moins courante que la symphyséotomie, l'ischio-pubiotomie mérite de nous arrêter quelques instants avant de terminer.

D'après M. Farabeuf : « l'ischio-pubiotomie laisserait passer une tête plus grosse que nature presqu'un sixième plus grosse que nature ; si vous libérez bien les os, l'enfant vous tombera dans les mains. »

Au moment de l'apparition des premières douleurs, on anesthésie la malade et, la plaçant dans la position dorso-sacrée, comme pour la symphyséotomie, toujours avec les précautions antiseptiques les plus rigoureuses, on pratique une incision oblique du côté où doit avoir lieu la section osseuse, en ménageant la grande lèvre, puis arrivé sur la branche ischio-pubienne, on la scie avec une bonne scie à chaîne, à environ cinq centimètres de la ligne médiane et du côté ankylosé (ankylose sacro-iliaque, dans le cas présent) ; puis, on passe la scie à chaîne sur la branche horizontale du pubis, à la même distance de la ligne médiane. La section achevée, on libère bien les os et on peut alors obtenir un écartement de 2 c. m. 6. Le forceps est appliqué, après pansement provisoire de la plaie, et l'enfant vient presque sans tractions. Pendant l'application du forceps, l'écartement osseux peut aller jusqu'à 4 centimètres.

Les seules difficultés opératoires se rencontrent lorsqu'il s'agit de passer la scie à chaîne sur la branche horizontale pubienne. Il suffirait d'une aiguille convenable pour faire disparaître cette difficulté. L'hémorrhagie est peu importante. Enfin, la coaptation des fragments osseux se fait d'elle-même après l'accouchement. Les sutures osseuses sont donc inutiles, et après des sutures soignées des parties molles, une bonne immobilisation suffit pour assurer des suites opératoires excellentes. L'opérée de M. Pinard put marcher au bout de cinquante jours, et depuis elle n'a cessé de se bien porter.

Voilà donc une nouvelle branche de l'obstétrique opératoire qui prend une extension rapide et inespérée. Grâce à l'ardeur enthousiaste de M. Morisani et de M. Pinard, les accoucheurs sont maintenant en possession de deux opérations fécondes en résultats, puisqu'elles permettront non seulement de sauver les mères, mais encore de donner des enfants de plus à l'humanité.

Dr Paul Huguenin.

TRAVAUX A CONSULTER

I. Morisani. — De la symphyséotomie. *Annales de gynécologie* 1881, t. XVI, p. 440, et *Annali di ostetricia*, 1881, p. 615.

II. Spinelli. — Les résultats de la symphyséotomie, etc. *Annales de gynécologie*, janvier 1892.

III. Pinard. — De la symphyséotomie. *Eodem loco*, février 1892.

IV. Léopold. — Zwei Symphyseotomien, etc., *Centralblat für Gynaekologie*, 1892, n° 30, p. 585.

V. R. Müllerheim. — Ueber die Symphyseotomie. *Eodem loco*, p. 588.

VI. Von Velits. — Symphyseotomie mit glücklichem Ausgang, etc. *Eodem loco*, n° 40, p. 777.

VII. P. Zweiffel. — Ueber Symphyseotomie und Symphysenruptur. *Eodem loco*, n° 557.

VIII. A. Törngren. — Zwei Symphyseotomien. *Eodem loco*, n° 59, p. 953.

IX. Caruso. — Contributo alla pratica della sinfisiotomia. *Annali di ost. e ginec.*, 1892 t. XIV, n° 4.

X. Freund. — Eine durch Symphyseotomie entbundene Frau. *Deutsche medicin Wochenschrift*, 1892, n° 34, p. 775.

XI. Charpentier. — La symphyséotomie. *Nouvelles Archives d'Obstétrique*, 1892, n°s 5 et 6, et *Académie de médecine*, 4 mars 1892.

XII. Kaltenbach. — Kaiserschnitt und Symphyseotomie. *Münchener medicin Wochenschrift*, 1893, n° 1, p. 14.

XIII. P. Desforges. — Recherches historiques et critiques sur la symphyséotomie. *Thèse de Paris*, 1892, Steinheil, éditeur.

XIV. Pinard. De la symphyséotomie à la clinique Baudelocque pendant l'année 1892. *Annales de gynécologie*, décembre 1892.

(*Rev. Int. Thérap. et Pharm.*)

DERMATOLOGIE PRATIQUE

Du traitement de l'eczéma chez les enfants.

Tout comme l'âge adulte, l'enfance est sujette à de nombreuses dermatoses. L'une des plus fréquentes est l'eczéma.

Nous comprendrons, avec M. Brocq, sous le nom d'eczéma : un groupe de dermatoses d'origine en apparence spontanée ou développées à la suite d'une cause occasionnelle, à elle seule insuffisante pour déterminer l'éruption et *objectivement caractérisée* par de la dermite plus ou moins accentuée, c'est-à-dire par de la *rougeur*, de l'*infiltration du derme*, parfois par de la *vésiculation* et de l'*exhalation d'un liquide séreux, empesant le linge*, enfin par de la *desquamation* de l'épiderme (*Brocq* ; Traitement des maladies de la peau, 2e édit., p. 145).

Ce groupe est très complexe. L'eczéma est un véritable protée morbide et on range actuellement sous le même nom bien des dermatoses absolument disparates.

Chez l'enfant, les formes que revêt l'eczéma varient suivant l'âge.

Chez l'enfant en bas âge, on observe 3 formes : l'eczéma tuberculeux ou mieux strumeux, l'eczéma de dentition, l'eczéma séborrhéique.

Dans la 2e enfance, l'eczéma revêt surtout les formes séborrhéique et impétigineuse.

I. 1° *Eczéma tuberculeux des nourrissons.* — Ce type morbide a été créé par Unna (de Hambourg). Il est caractérisé par : sa localisation aux orifices muqueux de l'œil, du nez, de la bouche et des oreilles. On trouve souvent coexistant à cette affection : des kératites phlycténulaires, des rhinites, de l'otorrhée.

Cette variété n'est pas prurigineuse, comme, du reste, la plupart des eczémas d'origine scrofuleuse.

Elle est constituée par de grosses vésicules et s'accompagne d'œdèmes et d'engorgements ganglionnaires.

Traitement. — Dans toutes les affections du premier âge, quelles qu'elles soient, le régime et l'hygiène ont une importance capitale. Nulle part, peut être, cette importance ne se manifeste plus clairement que dans le traitement des maladies de la peau.

Si l'enfant est nourri au sein, on devra surveiller attentivement l'alimentation de la nourrice. Seront proscrits de cette alimentation : le café, le thé fort, les liqueurs, l'alcool sous toutes ses formes, le vin pur, la charcuterie, les fromages

salés et surtout fermentés, les conserves de poisson, les coquilles de mer, les crustacés quels qu'ils soient, le gibier faisandé, etc., en un mot tout aliment de digestion pénible et d'effet excitant. On surveillera et traitera, s'il y a lieu, le fonctionnement du tube digestif ; on évitera par les moyens appropriés la constipation.

Si l'enfant est élevé au biberon, on aura soin de lui donner autant que possible, toujours le lait de la même vache, qu'on choisira naturellement bien portante, et nourrie de pâturages et fourrages de premier choix.

A l'enfant, on donnera le lait pur ou, suivant le cas, additionné d'eau pure, d'eau alcaline, ou d'eau de chaux : mais on ne lui donnera aucune autre nourriture.

On lui administrera de légers diurétiques, de faibles laxatifs et des lavements anodins, pour lui régulariser les excrétions.

En fait de médicaments proprement dits, on se bornera à prescrire quelques gouttes de teinture de belladone ou d'eau distillée de laurier-cerise, dans le lait ou dans un peu d'eau sucrée.

2° *Eczéma de dentition.* — Cet eczéma revêt le type antérieur médian. Unna l'a rangé dans le groupe des eczémas *nerveux*. Il envahit les joues et le front d'une manière symétrique et presque toujours le côté radial du dos des deux mains et des poignets. Caractérisé par de la rougeur et des vésicules bien nettes, il est excessivement prurigineux, ce qui lui a fait donner le nom vulgaire de *feux de dents*. Il apparaît presque toujours à propos d'une crise de dentition. Sa durée est de quelques jours à quelques semaines. Il disparaît à la sortie des dents pour revenir à la crise suivante.

Traitement. — Ici encore, l'alimentation de la nourrice et de l'enfant devront être attentivement surveillés. On ne saurait croire quel rôle elle joue dans toutes ces éruptions prurigineuses, source de souffrances et d'inquiétudes si vives pour l'enfant au berceau.

L'alimentation du nourrisson sera lactée et exclusivement lactée. Ce lait devra être d'excellente qualité et donné en petite quantité toutes les deux heures.

Si l'enfant nourri au biberon ou sevré de sa nourrice ne peut supporter le lait de vache pur, on le coupera d'un peu d'eau alcaline. En cas de diarrhée, on le couperait avec un peu d'eau de chaux.

L'enfant sera tenu très proprement. On le lavera plusieurs fois par jour avec de l'eau bouillie à laquelle on pourra ajouter quelques gouttes d'eau de Cologne. On poudrera les parties prurigineuses simplement avec de la poudre d'amidon. Même thérapeutique que ci-dessus.

3° *Eczéma séborrhéique.* — Cet eczéma, décrit également par Unna, siège surtout au cuir chevelu. Il y revêt la forme chronique, sèche ou inflammatoire, avec rougeur et tuméfaction du derme, suintement et croûtes. On y voit du reste tous les degrés intermédiaires.

Du cuir chevelu, cet eczéma envahit les oreilles et les parties avoisinantes ; puis, par ordre de fréquence, les plis articulaires et le pourtour des organes génitaux.

La séborrhée croûteuse, localisée au cuir chevelu, constitue ce que le vulgaire dénomme *croûtes de lait*, et donne lieu souvent à un eczéma séborrhéique suintant. Mais il est souvent fort difficile de dire où finit la séborrhée, où commence l'eczéma. Les subtilités du diagnostic ont du reste peu d'importance, étant donné le point de vue pratique auquel nous nous plaçons.

Traitement. On devra s'occuper encore ici avant tout de l'hygiène générale. Le séjour à la campagne sera très favorable.

On surveillera l'état du tube digestif. L'enfant sera chaudement enveloppé.

On empêchera le contact irritant des langes souillés.

On prescrira l'huile de foie de morue et le sirop d'iodure de fer.

Localement, on prescrira, au cuir chevelu, des onctions avec :

Liniment oléo-calcaire..............	100 grammes
Liqueur de Van Swieten..........	5 grammes
M. S. A.	

Mais auparavant, on nettoiera journellement le cuir chevelu pour le débarrasser des croûtes qui l'encombrent. Des lotions savonneuses tièdes pourront suffire. Le liniment remédie à la sensation pénible de tension que donne le cuir chevelu en séchant.

II. Dans la 2e enfance, l'eczéma se localise surtout aux oreilles et aux régions avoisinantes, aux plis articulaires. (Type latéral symétrique).

1° On retrouve ici les *formes séborrhéiques* ; ce sont surtout les enfants strumeux, issus d'arthritiques, qui en sont atteints.

L'enfant qu'on amène au médecin, porteur de semblable affection, est généralement en pleine poussée. Il faut alors commencer par calmer cet état inflammatoire ; on y arrivera au moyen d'application de cataplasmes émollients, de glycérolé d'amidon, de vaseline, ou d'axonge pure. C'est au médecin à tâter la susceptibilité de la peau de son petit malade. Certaines peaux, rapidement amendées par l'axonge, ne peuvent supporter la glycérine neutre ou la vaseline, et réciproquement.

L'inflammation calmée, on utilisera la formule suivante :

Huile de cade vraie.	5 grammes
Savon noir.........	q. s. pour émulsionner
Glycérolé d'amidon à la glycérine neutre.	30 grammes
M. S. A.	

ou la suivante :

Précipité jaune.........	0 gr 50
Vaseline....	20 grammes.
M. S. A.	

ou la pommade soufrée du codex.

2° *Eczéma impétigineux.* Cette forme se rapproche beaucoup de l'eczéma tuberculeux. On la rencontre en effet surtout chez les enfants lymphatiques. Le derme est rouge, tuméfié ; la réaction inflammatoire est assez vive ; les ganglions s'engorgent, deviennent plus ou moins douloureux. Les vésicules sont volumineuses, le suintement abondant, les croûtes jaunâtres, épaisses, molles, *mélitagreuses*.

Ici encore, la plus grande propreté est nécessaire.

On lotionnera la surface malade avec de l'eau de têtes de camomille, de fleurs de sureau, de racine de guimauve pure ou additionnée d'un peu d'acide borique (5 à 10 p. 1000).

Chez les strumeux avérés, on utilisera avec avantage les propriétés détersives de l'eau de

feuilles de noyer. On asséchera soigneusement, sans frotter, les surfaces lotionnées et on recouvrira d'un linge en toile fine et usée qu'on saupoudrera d'amidon. Cette précaution est indispensable dans tous les cas où il faut éviter les contacts irritants.

Pendant environ une semaine, on pourra utilement donner à l'enfant, en le couchant, la valeur d'une cuillerée à café d'huile de ricin.

La tête sera soigneusement nettoyée. Le traitement indiqué pour la forme séborrhéique du cuir chevelu est applicable ici.

A la face, on obtiendra de bons et prompts résultats de la pommade suivante, due à M. Vidal :

Glycérolé d'amidon à la glycérine neutre	30 gram.
Huile de cade vraie	1 à 3 gr.
Oxyde jaune de mercure	0,50 à 1 g.

Il faut progressivement augmenter les doses, cesser l'emploi de la pommade dès que les téguments s'enflamment, pour la reprendre dès que la poussée s'est un peu calmée par l'emploi des émollients ou de pommades inertes.

III. Telles sont les formes d'eczéma spéciales à l'enfance, mais indépendamment de ces règles générales, le traitement de l'eczéma réclame quelques particularités, suivant son siège.

A. *Régions pileuses.* — a. *Cuir chevelu.* Cette forme est très rebelle, sujette à de fréquentes récidives. Elle envahit les points les plus rapprochés des oreilles, le cou, les joues, le front. Elle est d'ordinaire séborrhéique, et revêt 2 formes : humide et sèche.

Le derme est rouge, infiltré : suintement graisseux, croûtes graisseuses, chute des cheveux, s'il y a séborrhée concomitante (forme *humide*).

Dans la forme sèche, derme rouge et tuméfié également, mais recouvert de croûtelles et de squames sèches.

La forme suintante est souvent liée à la présence de parasites et notamment de poux. Elle peut se compliquer d'abcès et d'adénites douloureuses.

Traitement. — On devra tenir les cheveux coupés ras.

On ramollit les croûtes avec l'onguent suivant :

Huile d'amande douce	100 grammes
Acide phénique	1 —
Baume du Pérou	2 —

Chaque matin, on lavera la tête à la décoction de Panama.

En cas de phthiriase, on savonnera tous les matins la tête avec du savon au goudron, au naphtol ou à l'acide borique.

Pendant le jour, on pourra se servir de la pommade boriquée à 1/10.

Dans les formes sèches, on pourra se servir de la pommade soufrée à 1/10.

b. *Paupières.* — Cette forme se montre surtout chez les enfants strumeux, issus d'arthritiques.

Le bord des paupières est rouge, épaissi, recouvert de croûtelles. Cette forme mérite toute l'attention du praticien ; si on la néglige, en effet, les cils finissent par s'atrophier, tomber ou se dévier et viennent irriter la conjonctive, d'où entropion ou ectropion consécutif.

Traitement : Lotions boriquées chaudes à 1/100. Pommade à l'oxyde de zinc à 1/10, appliquée sur le bord libre.

La période inflammatoire calmée, on se servira avec avantage de la pommade au précipité jaune à 1/40.

B. *Régions glabres.* — a. *Lèvre supérieure.* — Enfants strumeux. Cette forme s'accompagne souvent de coryza chronique et d'hypertrophie de la lèvre supérieure.

Traitement. Onctions avec :

Beurre de cacao	4
Huile d'amande douce	1
Précipité jaune	0,25

M. S. A.

b. *Oreilles.* L'eczéma peut intéresser le pavillon, la conque, le conduit auditif, le sillon post-auriculaire, dans lequel il peut déterminer des fissures tenaces et douloureuses.

Traitement. Emollients d'abord ; puis, l'inflammation calmée, acide borique, en insufflations ou en pommades.

III. Les eczémas des autres parties du corps ne réclamant pas de soins spéciaux, je renvoie pour leur traitement aux traités généraux qui sont entre les mains de tous les praticiens. Mais au terme de cette courte étude, une question reste à résoudre.

Doit-on toujours et quand même traiter l'eczéma ? Au Congrès de Dermatologie de Paris en 1889, M. Gaucher a parfaitement résolu la question.

Le vulgaire tient, on le sait, pour dangereuse la guérison des dartres et des *gourmes*, quelles qu'elles soient et notamment des *croûtes de lait.* Cette croyance, prise dans un sens aussi général, est évidemment fausse et le médecin doit faire tout son possible pour la déraciner dans l'esprit des parents. Il est évident que l'*impétigo*, maladie de cause externe ou la *séborrhée*, maladie locale, doivent être traitées et peuvent l'être, sans danger.

Il n'en est pas toujours de même de l'*eczéma* en tant qu'affection *diathésique*. La peau peut alors jouer le rôle d'émonctoire salutaire, servant à l'élimination des principes toxiques du sang. Dans ces conditions, la prudence s'impose au médecin. Le traitement employé devra être d'abord inoffensif. Il consistera surtout en lotions émollientes, poudres inertes ou pommades anodines. La dermatose sera *surveillée* et non *supprimée* brusquement. Chez les enfants, les accidents de répercussion sont assez fréquents ; et en traitant trop énergiquement un eczéma, on pourrait déterminer l'apparition de congestions pulmonaires ou de troubles cérébraux des plus graves. N'oublions pas que la règle à observer pour le médecin, véritablement digne de ce titre, est d'abord de ne pas nuire au malade, *primo non nocere.* Nous y trouverons notre règle de conduite ; sachons ne pas nous en départir.

Dr J. Méneau,
Médecin consultant à la Bourboule.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Caisse des pensions de retraite du corps médical français.

Situation au 31 décembre 1892.

RECETTES.

Cotisations		331.920.40
Dons à la Caisse des Pensions	2.589.30	
Dons à la Caisse auxiliaire	760 »	3.349.30
Profits et pertes		675.84
Intérêts du portefeuille		51.067.15
Remboursement de valeurs		4.227.80
		391.240.49

DÉPENSES.

Portefeuille	371.515.60
Frais généraux	9.763.43
Remboursement de cotisations	2.896.90
En caisse au 31 décembre 1892	7.064.56
	391.240.49

CAISSE AUXILIAIRE.

En caisse | 4.665.93

Le Trésorier, Dr H. VERDALLE.

BULLETIN DES SYNDICATS

Union des Syndicats médicaux de France.

STATUTS.

TITRE 1er. — **Union des Syndicats. — Son objet; son siège.**

Art. 1er.

A partir de la mise à exécution de la loi Chevandier sur l'exercice de la médecine, il est institué une Union entre les Syndicats médicaux de France régulièrement constitués, conformément à la loi du 21 mars 1884, qui auront adhéré aux présents statuts.

Elle prend le titre d'*Union des Syndicats médicaux de France*.

Art. 2.

La durée de cette Union est illimitée. Son siège est à Paris : provisoirement, 23, rue de Dunkerque.

Une simple délibération du Bureau suffit pour changer ce siège provisoire.

Art 3.

Cette Union a pour but l'étude de toutes les questions professionnelles intéressant le corps médical français et la poursuite des modifications et améliorations légitimes qu'il réclame par l'organe de ses Syndicats.

Art. 4.

L'Union prête son appui matériel et moral aux Syndicats adhérents.

En cas de poursuite judiciaire intentée par un Syndicat dans un intérêt local, l'Union des Syndicats, si les ressources du syndicat sont insuffisantes, participe dans les limites nécessaires aux frais de poursuite, à la condition expresse cependant que le bureau consulté ait donné un avis favorable à la dite poursuite.

L'Union se charge des procès engagés en vue d'une question qui touche l'intérêt général, sous la même condition que le bureau ait donné un avis favorable.

Art. 5.

Toute discussion étrangère au but et à l'objet de l'Union est rigoureusement interdite.

TITRE II. — **Agrégation des Syndicats à l'Union.**

Art. 6.

Tout Syndicat qui veut s'agréger à l'Union doit.

1° Adresser au Secrétaire Général :

Un exemplaire de ses statuts ;

La liste de ses membres ;

Une délibération régulière de l'Assemblée générale de ses membres déclarant adhérer à l'Union et accepter ses statuts et règlements.

2° Verser entre les mains du Trésorier la cotisation annuelle prévue par les présents statuts.

Art. 7.

Tout Syndicat qui veut se retirer de l'Union doit pareillement adresser au secrétaire Général, une délibération régulière de l'Assemblée Générale de ses Membres déclarant qu'il cesse de faire partie de l'Union.

Art. 8.

Tout Syndicat qui ne verserait pas à la Caisse de l'Union les diverses contributions prévues par les présents statuts peut être rayé de la liste des Syndicats adhérents par l'Assemblée Générale de l'Union.

TITRE III. — **Administration. — Bureau de l'Union.**

Art. 9.

L'Union des Syndicats est représentée par un bureau de neuf Membres : Un Président, quatre Vice-Présidents, un Secrétaire général, un Trésorier et deux Secrétaires.

En raison des services rendus lors de la création des Syndicats et de la constitution de l'Union, le directeur du Concours Médical est statutairement l'un des Vice-Présidents.

Les autres Membres du Bureau sont élus chaque année par une assemblée générale des délégués des Syndicats au scrutin secret et à la majorité des Membres présents. Le vote par correspondance est formellement interdit.

Art. 10.

La durée des fonctions des membres du bureau est d'une année.

Leur mandat est renouvelable, sauf celui du Président, qui n'est pas immédiatement rééligible.

Art. 11.

Le bureau se réunit sur la convocation du Président de l'Union aussi souvent qu'il est nécessaire.

Il est assisté d'un Conseil judiciaire qui prend rang à ses séances avec voix consultative.

Les anciens Présidents sont admis à prendre part aux séances du Bureau avec voix délibérative.

Art. 12.

Le Bureau étudie les meilleurs moyens pratiques de réaliser les vœux formés par les divers Syndicats et fait toutes les démarches nécessaires pour obtenir ce résultat.

Il signale aux Syndicats adhérents les questions dont la solution immédiate lui paraît la plus urgente ; mais respectueux de l'individualité et de l'autonomie des différents Syndicats, il reçoit tous les documents et étudie toutes les questions que ceux-ci jugent à propos de lui soumettre. De plus, il se tient à la disposition des Syndicats pour leur fournir les renseignements dont ils ont besoin.

Art. 13.

Le Bureau présente un compte rendu de ses travaux à l'Assemblée Générale annuelle. — *Adopté.*

TITRE IV. — **Assemblée générale. — Délégués.**

Art. 14.

Chaque année, il est tenu une assemblée générale de l'Union des Syndicats.

Cette assemblée comprend :

1° Les membres du bureau de l'Union.

2° Les délégués des Syndicats adhérents.

Tout Syndicat comptant de un à cinquante membres nomme un délégué; de 51 à 100 membres deux délégués; de 101 à 200, trois délégués, et un délégué de plus par cent membres ou fraction.

Les délégués doivent être munis de pouvoirs réguliers.

Art. 15.

Les délégués ne peuvent se faire représenter à l'assemblée générale.

Cependant, si tous les délégués d'un même Syndicat n'assistent pas à la Séance, le délégué présent disposera, lors des votes, du nombre de voix attribuées au Syndicat. 1 voix de 1 à 50 membres; 2 voix de 51 à 100; trois voix de 101 à 200 et ainsi de suite.

TITRE V. — **Bulletin**.

Art. 16.

Le journal le *Concours médical* est l'organe officiel de l'Union des Syndicats.

Il publie: les procès-verbaux de l'assemblée générale annuelle et des séances du Bureau, ceux des réunions des divers Syndicats, les rapports des Commissions et les articles de chronique professionnelle qui sont d'un intérêt général.

Ces publications seront réunies dans un bulletin périodique spécial, dit *Bulletin de l'Union des Syndicats*, qui sera adressé:

1° Aux membres du bureau de l'Union.

2° Aux Présidents de tous les Syndicats adhérents ou non à l'Union.

3° Aux Membres des Syndicats adhérents qui ne reçoivent pas le *Concours médical*.

4° Aux abonnés.

TITRE VI. — **Caisse de l'Union. — Trésorier.**

Art. 17.

Pour subvenir aux frais divers de l'*Union des Syndicats*, tels que: réunions de bureau, étude des questions diverses et démarches qu'elle nécessite, rédaction, impression et envoi de bulletin, etc., etc., il est institué une caisse alimentée par: 1° un versement annuel de chacun des syndicats adhérents à raison de deux francs par membre; 2° des dons volontaires.

Art. 18.

Pour subvenir aux dépenses nécessitées par les actions judiciaires auxquelles participera l'Union, comme il est dit dans un article précédent, les syndicats auxquels elle sera venue en aide devront verser à la caisse de l'Union la moitié des dommages-intérêts qu'ils auront obtenus en se portant partie civile dans ces affaires.

Dans le cas où la caisse de l'Union serait épuisée, une cotisation supplémentaire pourra être demandée aux syndicats adhérents.

Art. 19.

Le trésorier encaisse les sommes provenant de ces diverses sources et en délivre récépissé.

Il solde les dépenses autorisées par le Bureau.

Art. 20.

Le trésorier fait connaître l'état de la caisse à chaque réunion du bureau. De plus, il rend compte de sa gestion chaque année à l'assemblée générale.

TITRE VII. — **Dissolution. — Modifications aux Statuts. — Règlement intérieur.**

Art. 21.

La dissolution de l'Union ne pourra être prononcée que par une Assemblée Générale spécialement convoquée à cet effet et à la majorité des *trois quarts* des membres présents.

Cette Assemblée déciderait de l'emploi des fonds existants en caisse ou placés au moment de la dissolution.

Art. 22.

Aucune modification aux présents statuts ne pourra être mise en discussion si elle n'a préalablement été soumise au Bureau de l'Union deux mois au moins avant l'époque fixée pour l'Assemblée générale et inscrite à l'ordre du jour de cette assemblée.

Elle devra, dans tous les cas, être réclamée par plusieurs Syndicats.

Art. 23.

Des règlements particuliers adoptés en assemblée Générale, détermineront, selon les circonstances, les conditions dans lesquelles seront mis en pratique, les principes généraux énoncés dans les présents statuts.

TITRE VIII. — **Article transitoire.**

Article 24.

A titre transitoire:

1° Les médecins qui n'ont pas de Syndicat dans leur région.

2° Les médecins agrégés à des Syndicats qui n'ont pas donné leur adhésion à l'Union, sont admis à faire individuellement partie de l'Union.

Ils verseront la cotisation annuelle prévue par les présents statuts.

Comme tous les Membres des Syndicats adhérents, ils peuvent assister aux Assemblées générales; mais ils ne peuvent être représentés par des délégués que s'ils se sont constitués en Syndicat régulier.

Liste des Syndicats adhérents à l'Union

Aisne. — Syndicat des vallées de l'Aisne et de la Vesle.

Woimant, président, Soissons. — Lecuyer, secrétaire, Beaurieux.

Algérie. — Syndicat de Sidi-bel-Abbès.

Fabries, président, à Bel-Abbès. — Lelièvre, secrétaire, à Sidi-bel-Abbès.

Ardèche et Drôme. — Syndicat de Tournon (vallée du Rhône).

Gazet, président, à Tain (Drôme). — Lasaigne fils, secrétaire, à Tournon.

Ardennes. — Syndicat de Rethel.

Laudragin, président, à Rethel. — Troyon, secrétaire, à Rethel.

Ardennes. — Syndicat de Sedan.

Peltier, président, à Sedan. — Aron, secrétaire, à Sedan.

Aube. — Syndicat de Bar-sur-Aube.

Tacheron, président, à Bar-s-Aube.

Bouches-du-Rhône. — Syndicat d'Arles.

Martin Raget, président, à Arles.

Bouches-du-Rhône. — Syndicat de Marseille.

Jubiot, président, à Marseille, cours du Chapitre, 39.

Calvados. — Syndicat de Pont-l'Evêque.

Prévost, président, Pont-l'Evêque. — E. Massart, secrétaire, Honfleur.

Charente. — Syndicat d'Angoulême.

Fournier, président, à Angoulême. — Clémenceau, secrétaire, chemin de Clairac, à Angoulême.

Charente-Inférieure. — Syndicat de la Rochelle.

Brard, président, à la Rochelle. — Roux, secrétaire, à La Jarre.

Charente-Inférieure. — Syndicat de la Seudre.

Dernas, président, à Etaules. — Rejon, secrétaire, à Comé-Royal.

Cher. — Syndicat du Cher. Région Nord.

Deceucier, président, à Sancergues. — Courreges, secrétaire, Aix-d'Ongillon.

Eure. — Syndicat de Gisors.

Gauthier, président, à Gisors. — Jagu, secrétaire, à Gisors.

Eure. — Syndicat de Bernay.

Tessier, président, à Bernay.

Finistère. — Syndicat de Brest.

Maréchal, président, à Brest.

Finistère. — Syndicat de Quimperlé.
Le Morlighon, président, à Quimperlé. — Grias, secrétaire, à Pontavon.

Gard. — Syndicat des Basses-Cévennes.
Mazel, président, à Anduze. — Cambassèdes, secrétaire, à Le Vigan.

Gers. — Syndicat de Lectoure.
Ducassé, président, à Lectoure. — Miran, secrétaire, à Lectoure.

Gironde. — Syndicat de Bordeaux.
Lassalle, président, à Lormont. — Creuzan, secrétaire, à Floirac.

Gironde. — Syndicat de la Réole.
Duprade, président, à la Réole. — Tronche, secrétaire, à La Réole.

Gironde. — Syndicat de Libourne.
Dutheil, président, à Libourne. — Petit, secrétaire, à Libourne.

Gironde. — Syndicat du Médoc.
Ralaillat, président, à Margaux. — Gorry, secrétaire, à Saint-Laurent.

Haute-Saône. — Syndicat de Gray, Lure et Vesoul.
Gauthier, président, à Luxeuil. — Maussire, secrétaire, à Vesoul.

Indre. — Syndicat de l'Indre.
Rondeau, président, à Aigurande.

Indre-et-Loire. — Syndicat d'Indre-et-Loire.
Thomas H., président, à Tours. — Chaumier, secrétaire, à Tours.

Isère. — Syndicat de Voiron.
Barral, président, à Tullins. — Masson, secrétaire, à Tullins.

Loire-Inférieure. — Cercle de Nantes.
Poisson, président, à Nantes, 2, place Saint-Pierre. — Luneau, secrétaire, à Nantes, 64, rue de la Bastille.

Marne. — Syndicat d'Epernay.
Pellot, président, à Epernay. — Evrard, secrétaire, à Epernay.

Mayenne. — Syndicat de la Mayenne.
Collier, président, à Laval. — Bucquet, secrétaire, à Laval.

Meuse. — Syndicat de la vallée de la Meuse.
Carion, président, à Charleville. — Renson, secrétaire, à Monthermes.

Morbihan. — Syndicat de Lorient.
Cousyn, président, à Lorient. — Waguet, secrétaire, à Lorient.

Nord. — Syndicat d'Avesnes.
Culot, président, Maubeuge. — Gardin, secrétaire, à Avesne.

Nord. — Syndicat de Douai.
Pollet, secrétaire, à Douai.

Orne. — Syndicat de Domfront.
Lory, président, La Ferté-Macé. — Prodhomme, secrétaire, à Putanges.

Orne. — Syndicat de l'Aigle.
Bouyer (Jules), président, à Laigle. — Lèvassort, secrétaire, à Mortagne.

Pas-de-Calais. — Syndicat de Boulogne-sur-Mer.
Delannoy, président, à Boulogne-sur-Mer. — Patin, secrétaire, à Boulogne-sur-Mer.

Sarthe. — Syndicat de Sablé.
Ledrain, secrétaire, à Loué.

Sarthe. — Syndicat de Saint-Calais.
Charbonnier, président, à Saint-Calais. — Obet, secrétaire, à Bouloir.

Seine-et-Oise. — Syndicat de Corbeil.
Combet, président, à Lonjumeau. — Cassel, secrétaire, à Res-Orongis.

Seine-et-Oise. — Syndicat d'Etampes.
Pasturaud, président, à Etampes. — Bazin, secrétaire, à Etampes.

Seine-et-Oise. — Syndicat de Pontoise.
Ribard, président, à Pontoise. — Katz, secrétaire, à Pontoise.

Seine-et-Oise. — Syndicat de Rambouillet.
Diard, président, à Rambouillet. — Barbelet, secrétaire, à Dourdan.

Seine-et-Oise. — Syndicat de Versailles.
De Fourmestraux, président, à Versailles. — Jeanne, secrétaire, à Meulan.

Seine-Inférieure. — Syndicat du Havre.
De Lignerolles, président, au Havre, 80, rue de Normandie. — Frotier, secrétaire, au Havre, 20, rue de Normandie.

Vendée. — Syndicat de Montaigu.
Cailleteau, président, à Saint-Philibert-de-Glieu. — Guibertcau, secrétaire, Saint-Jean-de Corrone.

Vienne. — Syndicat de la Vienne.
Auché, président, à Poitiers. — Brossart, secrétaire, à Poitiers.

REPORTAGE MÉDICAL

Un nouveau dispensaire. — On a inauguré le dimanche 22 janvier un dispensaire gratuit pour enfants malades et nécessiteux dans le dixième arrondissement, rue du Terrage. M. Poubelle, préfet de la Seine, présidait cette cérémonie. Notons qu'il a insisté sur la nécessité, qui s'impose, de dégager toute œuvre de bienfaisance des faux pauvres, qui s'attachent à elle et entravent son organisation.

— *A propos de l'anatomie pathologique du tabes.* — Une affaire qui, heureusement, s'est terminée sans effusion de sang, vient de se passer entre deux agrégés de la Faculté, s'occupant spécialement des affections nerveuses.

M. Déj...... a publié, dans le courant de décembre, un article paru dans la *Semaine médicale*, sur la sclérose médullaire des ataxiques ; il y affirmait avec beaucoup d'autorité et de vraisemblance que la lésion originaire n'était pas celle de la moelle, mais bien l'altération des racines postérieures. Dans le cours de l'article il disait : « La théorie suivant laquelle les lésions du tabes ne sont autre chose que la prolongation, dans les cordons postérieurs, de la lésion des racines correspondantes, fut exposée pour la première fois par moi dans mes conférences à la Faculté en 1889 et 1890. » Et plus loin : « J'ai eu la satisfaction, cette année même, de voir que la doctrine du tabes par lésion des racines postérieures a été adoptée chez nous par M. Ma.... »

Cet article, très scientifique, et n'ayant aucune allure de polémique, attira cependant à son auteur une violente réplique de M. Ma... dans le *Progrès médical* du 24 décembre. Ce dernier, dans un langage d'une ironie très caustique, affirme : que M. Déj.... s'attribue sciemment la propriété d'autrui, car la théorie qu'il déclare sienne a été édifiée longtemps auparavant par Leyden, et que M. Déj... n'a eu d'autre mérite que de savoir ce que tout le monde savait, que c'était d'ailleurs une habitude chez cet auteur de faire des revendications de priorité, et qu'il usait pour cela d'un truc très commode, émettant des idées contradictoires, de façon à pouvoir toujours dire un jour : « Ainsi que je l'ai montré en 1890... » ; il terminait ainsi : « Après tout, libre à M. Déj... de traiter, si cela lui convient, la Science comme une loterie ; qu'il prenne garde, cependant, qu'en continuant à ponter ainsi à la fois sur la rouge et sur la noire, il risque fort de se ruiner sous peu. »

Il y avait dans cette réponse, en dehors de la question scientifique proprement dite, une attaque violente contre la probité scientifique de M. Déj...

Ce dernier a immédiatement répondu par un envoi de témoins, MM. Letulle et Gley, professeurs agrégés que M. Ma.... a mis en rapports avec ses témoins, MM. Brissaud et Chauffard, également

agrégés de la Faculté ; après différents pourparlers, ceux-ci ont affirmé, au nom de M. Ma...., que « ni l'honorabilité personnelle, ni la bonne foi scientifique de M. Déj...... n'étaient en cause », et par suite que la question ne pouvait être portée que sur le terrain de la libre discussion.

Les lettres des témoins ont été publiées dans le *Progrès médical*, et à la suite, M. Déj...... a, dans un langage très calme, réfuté les allégations de M. Ma..... Il a prouvé par la citation de Leyden, traduite plus exactement, que ce dernier s'était borné à poser la question sans la résoudre aucunement en 1889, tandis que lui-même disait en 1890 : « Rien ne prouve que la lésion médullaire du tabes soit primitive. L'anatomie pathologique, au contraire, tend chaque jour à nous montrer qu'elle est la conséquence d'une altération primitive, d'une névrite des racines postérieures. » A l'accusation d'avoir soutenu à la fois l'origine interstitielle et l'origine parenchymateuse du tabes, il répond par un démenti catégorique et sans réplique.

Telle a été la fin de cette affaire, qui aurait très bien pu avoir son dénouement ailleurs que sur le terrain scientifique.

Il paraît d'ailleurs qu'il y avait là plus qu'une querelle de personnes ; et la réclamation violente de M. Ma... venait peut-être de ce qu'il est élève de M. Charcot, tandis que M. Déj... est élève de Vulpian. On trouve fort ridicules les querelles et les haines de clochers. Que dire de ces rivalités d'écoles, capables de porter un savant distingué à enlever à un collègue le mérite qui lui revient pour en faire cadeau à un étranger !

— *Le zouave Jacob*. — Non, il n'est pas mort ; et la preuve, c'est que, traduit en police correctionnelle pour exercice illégal de la médecine par l'Association Syndicale professionnelle des médecins de la Seine, il vient d'être condamné à... 15 francs d'amende.

— *Prix médicaux*. — La Société médicale des hôpitaux rappelle qu'elle attribuera un prix de 1,000 francs, fondé par Mme Lemière, au meilleur des travaux qui lui seront soumis avant le 31 juillet 1893 « Sur les artérites dans les maladies infectieuses ».

— Le *New-York Recorder* décernera un prix de 25,000 francs au meilleur traité « Sur les Causes et le Traitement de la Phtisie ». Les médecins du monde entier sont invités à prendre part au concours et à adresser leurs travaux au journal.

— Le passage de M. Tillaux à la chaire de clinique chirurgicale laissée libre par la retraite de M. Verneuil a laissé libre la place de professeur de médecine opératoire. Les candidats sont MM. Terrier, Berger, Terrillon, Reclus. Le conseil de la Faculté a nommé les rapporteurs chargés d'examiner les titres des candidats ; ce sont MM. Guyon, Le Dentu, Lannelongue et Panas.

Déplacement du local de l'Académie de Médecine. — L'assistance publique vient d'être autorisée par le Conseil municipal à échanger, en vue de l'installation de l'Académie de Médecine, une propriété, sise rue Bonaparte, 16, de 1327 mètres environ, contre une somme de 263.500 francs et un terrain de 1,600 mètres, situé avenue de l'Observatoire.

— Le Congrès annuel des médecins aliénistes de France et des pays de langue française se réunira à la Rochelle du 1er au 6 août.

Les questions qui seront traitées sont : 1° des auto-intoxications dans les maladies mentales ; 2° des faux témoignages des aliénés devant la justice ; 3° des sociétés de patronage des aliénés.

Les adhésions et les cotisations (20 francs) doivent être adressées à M. H. Mabille, directeur-médecin en chef de l'asile de Lafond (la Rochelle).

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3780. — M. le Dr Aubry, du Criquetot, l'Esneval (Seine-Inférieure), membre de l'Association des médecins de la Loire-Inférieure présenté par M. le Dr Gibert du Havre.

N° 3781. — M. le Dr Michel (Paul), de Paris, membre du Syndicat de la Seine.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. le Dr Véniel, de Croisilles (Pas-de-Calais), membre du Concours médical.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

Les Avocats d'aujourd'hui, par L. DE LEYMARIE, ancien magistrat, avocat à la Cour de Paris. — Un volume in-8 de 200 pages, **7** francs **50**.

Ce volume continue la série publiée par la Société d'Editions Scientifiques, et inaugurée avec tant de succès par l'ouvrage remarqué de notre confrère Horace Bianchon, *Nos grands médecins d'aujourd'hui*.

On trouvera, dans *Les Avocats d'aujourd'hui*, les silhouettes d'un grand nombre des avocats en renom de l'époque, rapidement décrites, et des notices biographiques rappelant les principales affaires plaidées par eux, leurs œuvres et la nature de leur talent.

Orateurs, jurisconsultes, avocats d'assises, avocats d'affaires, le Conseil de l'Ordre tout entier et la plupart de ceux qui fréquentent le Palais sont étudiés dans ce volume.

Envoi *franco* contre mandat postal de la somme de **7** fr. **50**, adressé à M. le Directeur de la Société d'Editions Scientifiques, à Paris, 4, rue Antoine-Dubois. Franco **6** fr. pour MM. les membres du Concours médical.

A nos confrères qui s'occupent d'agriculture.

Instrutions pratiques sur l'utilité et l'emploi des Machines agricoles sur le terrain, par ALFRED DEBAINS, Ingénieur des Arts et Manufactures, Professeur de Génie rural à l'Ecole Nationale d'Agriculture de Grand-Jouan.

Un volume in-8 carré, avec 70 figures intercalées dans le texte ; et 27 clichés de Machines agricoles en appendice.

Prix cartonné : **5** francs. Envoi *franco* contre un mandat de 4 fr. adressé à M. le Directeur de la Société d'Editions Scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Dans cet ouvrage, l'auteur s'est appliqué à combler une lacune qui lui avait été signalée par M. Tisserand auquel l'ouvrage est dédié. L'éminent Directeur de l'Agriculture regrettait, en effet, de ne pas trouver dans les livres, traitant de la Mécanique agricole, des renseignements pratiques sur la manière de se servir des instruments sur le terrain. Les détails dans lesquels l'auteur entre, sur la disposition des machines et leur conduite, permettront aux agriculteurs de tirer le meilleur parti possible des outils, *pour l'achat desquels l'ouvrage est un excellent guide*.

Les dessins schématiques très simples, intercalés dans le texte, ont été soigneusement placés en face des descriptions.

Le lecteur se rendra ainsi facilement compte de l'agencement des pièces des machines, de leur règlement et de leur fonctionnement.

Enfin, dans ce précieux ouvrage pratique, se trouve exposée, pour la première fois, d'une manière complète et détaillée, la question si importante des défoncements par treuils mus par la vapeur ou les moteurs animés, question dont l'importance se révèle tous les jours davantage, depuis l'invasion du phylloxéra qui a nécessité la reconstitution d'une grande partie des vignobles de l'Europe.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année N° 6 11 Février 1893

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Le traitement de l'éclampsie à l'Académie.

Comme suite aux discussions sur le traitement des albuminuries, l'Académie a examiné, dans une récente séance, les indications et les applications du traitement de l'éclampsie.

M. *Charpentier* comprend le traitement de la manière suivante :

1° Toute femme enceinte albuminurique étant exposée à être prise d'éclampsie, et le régime lacté donnant des résultats merveilleux contre l'albuminurie, et contre l'albuminurie gravidique en particulier, on doit conserver avec le plus grand soin les urines des femmes enceintes, et, si on y constate la présence de l'albumine, il faut instituer d'emblée le régime lacté absolu et exclusif. C'est le traitement préventif par excellence de l'éclampsie ;

2° Toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'une éclamptique, débuter, si la malade est forte, vigoureuse et très sanguine, par une saignée de 4 à 500 grammes ; puis administrer la médication chloralique, et faire prendre du lait aussitôt que cela sera possible ;

3° Si la femme est plus délicate, si les phénomènes de cyanose sont peu marqués, les accès peu fréquents, se borner à la médication chloralique.

Voici comment M. Charpentier administre le chloral. Il fait, d'emblée, donner à la malade un lavement avec 4 grammes de chloral dans 60 grammes de mucilage de coing. Si ce premier lavement est rendu, on en administre un second, et au besoin un troisième, jusqu'à ce que le médicament soit toléré. Que les accès continuent ou cessent, tout traitement est supprimé pendant 5 à 6 heures, et alors on administre à nouveau un lavement avec 4 grammes de chloral. Nouvelle interruption de 5 à 6 heures. Nouveau lavement de 4 grammes. On a rarement occasion de dépasser ces doses ; cependant, dans un cas, M. Charpentier a été jusqu'à 16 grammes. Dans les vingt-quatre heures, on peut même aller beaucoup plus loin.

Si les accès s'éloignent, M. Charpentier éloigne les médicaments ; s'ils persistent, il rapproche un peu les doses. Jamais il ne cesse brusquement la médication chloralique ; et même lorsque la malade est en voie de guérison, il fait prendre encore 4 grammes de chloral en lavement, au bout des 24 premières heures qui suivent la cessation des accès. Après ce temps, il fait donner, toutes les 2 ou 3 heures, une cuillerée à bouche d'une potion composée de 3 grammes de chloral pour 125 grammes de julep gommeux.

4° Attendre que le travail se déclare spontanément, et laisser l'accouchement se terminer seul, toutes les fois que cela est possible ;

5° Si, le travail s'étant déclaré spontanément, l'accouchement ne se termine pas, parce que les contractions utérines sont trop faibles, terminer l'accouchement par une application de forceps ou une version, si l'enfant est vivant, et par une céphalotripsie, une basiotripsie, si l'enfant est mort ;

6° Attendre, pour intervenir ainsi, que l'état des parties malades soit tel (dilatation complète ou dilatabilité du col) que l'on puisse le faire impunément, c'est-à-dire sans violence, et, par suite, sans danger pour la mère ;

7° Réserver l'accouchement provoqué pour quelques cas exceptionnels où le traitement médical aura échoué complètement ;

8° Rejeter absolument l'opération césarienne et l'accouchement forcé, surtout l'accouchement forcé par les incisions profondes du col, c'est-à-dire la méthode sanglante.

M. *Guéniot* admet une variété d'éclampsie hypertoxémique justiciable de la saignée, et une éclampsie avec hyperexcitabilité réflexe pour laquelle le chloral et le chloroforme réussissent à merveille.

Il faut bien savoir cependant que, lorsque l'on

est parvenu à faire cesser les attaques, la femme n'est pas guérie pour cela, et qu'elle peut être tuée, sans crises nouvelles, par l'empoisonnement du sang.

La chloroformisation est très utile lorsque l'on maintient la malade sous l'influence de l'anesthésique pendant six, huit heures de suite. Il faut alors que le médecin ne quitte pas la patiente, reste pour ainsi dire aux aguets près d'elle, afin de maintenir constamment le sommeil. En effet, on ne doit jamais laisser la femme se réveiller ou commencer de nouveaux accès. Lorsque la chloroformisation a été ainsi très prolongée, on peut espérer la guérison. L'administration du chloral doit être dirigée de la même manière, afin que la patiente reste toujours sous l'influence du médicament.

Il est très important d'éviter tout ce qui peut exciter les réflexes ; l'accouchement forcé est donc une mauvaise pratique, et la malade devra être maintenue dans une demi-obscurité ; on évitera de faire du bruit autour d'elle, de lui parler. Cependant il est indiqué d'évacuer la matrice lorsqu'on peut le faire par un accouchement facile.

M. *Tarnier* partage les idées de M. Charpentier, mais il considère qu'il est nécessaire d'insister sur l'immense valeur préventive du régime lacté *absolu*. Quel que soit le traitement employé, l'éclampsie est toujours une maladie fort grave ; or, on peut l'empêcher, en soumettant la malade à un *régime lacté intégral* au moins pendant huit jours consécutifs. C'est un point sur lequel on ne saurait trop insister.

M. *Robin* ajoute que si, dans certains cas d'éclampsie, on ne trouve pas d'albumine dans l'urine, cela tient souvent au moment de la journée que l'on choisit pour faire la recherche. En effet, l'albumine n'existe souvent que dans l'urine émise deux ou trois heures après les deux principaux repas. Si alors on examine le mélange de l'urine des vingt-quatre heures, la petite quantité d'albumine qui s'y trouve est trop diluée pour être facilement décelable.

Résultats éloignés de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse.

Nous avons déjà insisté l'an dernier sur la nécessité et les indications de l'intervention dans la péritonite tuberculeuse. M. Aldibert a clairement exposé les règles de cette intervention et nous les avons formulées d'après son travail.

M. *Poncet*, de Lyon, vient nous fournir de nouvelles preuves à l'appui de notre opinion. Il cite trois observations particulièrement intéressantes, car elles contribuent à établir la valeur curative de l'incision abdominale dans le traitement de la péritonite tuberculeuse. Peu importe le mode d'action de la laparotomie. Elle guérit des péritonites bacillaires, réfractaires la plupart du temps à toute espèce de traitement. Voilà le fait thérapeutique qu'il ne faut pas oublier et qui domine aujourd'hui le traitement de cette affection.

Ici encore l'intervention chirurgicale ouvre d'autant plus de chances d'être vraiment efficace qu'elle sera plus précoce ; en laparotomisant de bonne heure, ainsi que M. Beaussenat a, du reste, cherché à l'établir, les contre-indications de l'incision abdominale dans le traitement des diverses variétés de péritonite tuberculeuse deviendront plus rares.

L'expérimentation a démontré qu'il ne s'agissait pas de *fausses tuberculoses*. Enfin, dans un cas, on a pu, par une sorte de nécropsie sur le vivant, deux ans après la laparotomie, constater le retour complet *ad integrum* de la séreuse péritonéale.

Traitement de l'angine diphthérique par l'acide chromique.

Parmi les innombrables topiques préconisés contre l'angine diphthérique, nous avons dit l'année dernière que les plus efficaces paraissaient être l'acide phénique et le sublimé ; nous pouvons en ajouter un troisième, l'acide chromique, dont le nom seul fait frémir quiconque connaît sa causticité, mais qui, manié prudemment selon les indications données par M. le Dr *Lescure*, d'Oran, est exempt de tout danger et véritablement efficace. Voici comment M. Lescure expose les principes de son traitement :

1° Détruire la fausse membrane, c'est-à-dire enrayer la production des toxines, *le plus vite possible* ;

2° Lutter contre les effets produits sur l'économie par les toxines qui ont déjà pénétré dans la circulation au moment de l'intervention.

On obtient la mortification de la fausse membrane par des attouchements avec une solution d'acide chromique à 40 p. 100, attouchements répétés une, deux et très rarement trois fois par vingt-quatre heures, suivant la gravité du cas.

En même temps on stérilise la muqueuse avoisinante par des badigeonnages à l'acide tannique, 6 grammes pour 30 de glycérine, répétés trois ou quatre fois par vingt-quatre heures sur toute la surface accessible de la gorge ; et, par l'alcoolature d'eucalyptus donnée à l'intérieur en potion, à la dose de 3 à 10 grammes par vingt-quatre heures, suivant l'âge.

Quant au traitement général il comporte :

L'alcool, la noix vomique, le quinquina ;

Le lait, le café, le thé ;

La suralimentation et l'oxygène.

L'enfant, roulé dans une couverture, les bras le long du corps, est assis sur les genoux d'un aide qui fait face, et qui, de son bras droit, le maintient, tandis que sa main gauche, emboîtant son front, lui immobilise la tête en l'appuyant contre sa poitrine.

On dispose sur une petite table ou sur une chaise à notre droite : 1° une soucoupe dans laquelle on verse quelques gouttes de la solution chromique ; un petit pinceau en blaireau monté sur tige ; 2° une tasse à moitié pleine d'une solution de coaltar saponiné, qui est préparée au cinquième et étendue de quatre parties d'eau, et dans laquelle trempe un gros pinceau fait avec de la charpie.

De la main gauche nous introduisons l'abaisse-langue, une cuiller de préférence, dans la bouche de l'enfant, et, appuyant fortement sur la base de la langue, nous obtenons ainsi un abaissement suffisant du maxillaire inférieur pour pouvoir explorer l'arrière-gorge à notre aise ; prenant alors de la main droite le pinceau de blaireau chargé de 2 ou 3 gouttes seulement de

la solution chromique, nous touchons rapidement, mais très légèrement, chaque fausse membrane, en ayant soin de respecter la muqueuse saine.

La coloration en jaune de la surface couenneuse indique que l'attouchement est suffisant. Cette opération ne demande pas plus de trois ou quatre secondes. Maintenant toujours l'abaisse-langue, nous nous débarrassons immédiatement de ce premier pinceau, et saisissant celui qui est largement imbibé de la solution de coaltar, nous le promenons à deux ou trois reprises dans l'arrière-gorge, en ayant soin de le remouiller chaque fois. Cette sorte de lavage a pour but de neutraliser l'excès d'acide, mais il donne aussi un autre résultat. Le liquide, en s'emparant de l'excès d'acide, forme une solution étendue qui n'a plus qu'une action stypique et qui a pour effet de produire autour des fausses membranes des précipités albumineux, très visibles, qui doivent entraîner avec eux une grande partie de la substance toxique sécrétée par les bacilles et étalée sur la muqueuse.

Dans les cas légers, pris au début, alors que la fausse membrane n'a pas encore une grande épaisseur, une ou deux opérations suffisent le plus souvent pour obtenir sa destruction. Dans les diphtéries graves, il faut y revenir plusieurs fois; mais on n'est obligé que très rarement de faire trois attouchements par vingt-quatre heures. Dans tous les cas, il faut les renouveler jusqu'à la disparition des fausses membranes.

Sous l'influence de ce traitement, la fausse membrane ne se désagrège pas, elle se condense au contraire, se resserre, diminue d'étendue, abandonnant d'abord la muqueuse par ses bords et finit par lâcher prise, pour ainsi dire, et par tomber tout d'une pièce, sans laisser de plaie sous-jacente, pendant un des badigeonnages au tannin.

Les formules employées sont les suivantes :

1° *Topique.*

Acide chromique	2 grammes
Eau distillée	5 —

2° *Collutoire.*

Acide tannique	6 grammes.
Glycérine	30 —

3° *Potion.*

Alcoolature d'eucalyptus	3 à 10 grammes.
Eau gommeuse	90 —
Sirop d'écorce d'orange	30 —

A prendre par cuillerée dans les vingt-quatre heures.

4° *Mélange.*

Alcoolé de noix vomique	N gouttes.
Extrait de quinquina	5 grammes.
Sirop d'écorce d'orange	100 —
Vin de Malaga	200 —

Trois cuillerées à soupe par jour.

La teinture de noix vomique doit être dosée de façon à en faire prendre à l'enfant toujours un minimum de 3 gouttes par vingt-quatre heures. Cette dose doit être élevée à 5, 6 et 8 gouttes suivant l'âge.

Nous prescrivons ce mélange, concurremment à l'alcoolature d'eucalyptus, dès le premier jour de la maladie.

Sur 54 cas, M. *Lescure* dit n'avoir eu aucun décès, et cependant il a observé 33 diphthéries toxiques.

Les avantages de ce traitement sont en outre : La rareté et la courte durée de chaque intervention, l'absence de douleurs, la facilité de l'application, et l'absence de lésions de la muqueuse sous-jacente, puisqu'on ne cherche pas à détacher les membranes par raclage, ni par frottement. Il est vrai que les attouchements à l'acide chromique doivent être effectués par le médecin lui-même et ne jamais être confiés à un aide, mais comme *un ou deux par vingt-quatre heures* suffisent dans les 9/10e des cas, il est toujours facile de satisfaire à cette exigence.

Quant aux badigeonnages au tannin, ils ne demandent ni dextérité, ni science, et la première personne venue peut s'en acquitter très bien.

Le sulfate de quinine peut-il être administré à une nourrice sans inconvénient pour l'enfant ?

Nous avons déjà parlé, l'année dernière, des médicaments qui passent dans le lait d'une nourrice et qui peuvent agir sur le nourrisson. On a cru longtemps que le sulfate de quinine était dangereux pour la nourrice et pour l'enfant et nous n'avons pas touché cette question dans notre petit résumé (1). M. le Dr *Oui*, de Bordeaux, vient de faire des recherches sur ce sujet et il résulte de ces recherches que le sulfate de quinine administré à la dose de 75 centigrammes à 1 gramme se retrouve dans le lait, mais en très petite quantité, puisqu'il n'a été possible de le doser qu'une seule fois. Une seule tétée de l'enfant semble d'ailleurs suffire pour épuiser le lait quininé ; mais cela n'a aucun inconvénient pour la nutrition de l'enfant et ne paraît aucunement influencer sa santé, car il résulte des pesées de l'auteur que, pour les enfants se trouvant dans des conditions normales, il y a augmentation moyenne de 46 gr. par jour.

Pour les enfants ayant absorbé du lait quininé, même augmentation moyenne de 46 gr. par jour.

Ce serait donc un grand tort de reculer devant l'emploi, chez les nourrices, d'un médicament aussi actif et aussi utile que le sulfate de quinine.

Moyen pratique de fixation du tube dans le drainage utérin.

Dans notre article récent sur le traitement des métrites et des métro salpingites (2), nous avons insisté sur la nécessité de pratiquer le drainage utérin, soit avec les crins de Chéron, soit avec les tubes de Richefeu et Verchère. M. le Dr *Schoull*, de Troyes, indique un moyen pratique de maintenir d'une manière sûre le drain, dans l'intérieur de la cavité utérine, sans obliger la malade au décubitus, ni même au repos absolu.

Après dilatation progressive du col utérin, à l'aide de tiges de laminaire graduées, dilatation faite, bien entendu, avec toutes les précautions désirables, on procède à nouveau à une antisepsie aussi rigoureuse et aussi complète que possible, de la vulve, du vagin et de la cavité utérine.

Cela fait, le tube est fixé, par une de ses extrémités, et à l'aide de deux fils solides, aux

(1) *Concours médical*, 1892, page 547.
(2) *Concours médical*, 1892, page 518.

deux pôles d'un pessaire en anneau de Dumontpallier ; le tube est attaché de façon à occuper aussi exactement que possible, le milieu de l'anneau, et le fil doit être assez long pour lui permettre de dépasser l'anneau de 2 centimètres environ.

L'antisepsie faite, on retire le spéculum et on introduit le pessaire avec le tube qui lui est attaché (le tout bien aseptisé, évidemment) ; le pessaire mis en place, on réapplique le spéculum, on saisit avec la pince l'extrémité libre du drain, que l'on introduit dans l'utérus ; quoique le tube soit presque toujours replié sur lui-même après son introduction avec le pessaire, cette petite manœuvre ne présente aucune difficulté sérieuse. Si l'on a soin de ne laisser, comme extrémité libre du tube, que 2 centimètres environ, les contractions utérines ne pourront replier ce tube sur lui-même et l'expulser. Pendant toute la durée du drainage, il faut évidemment que la malade fasse des injections antiseptiques, au moins bi-quotidiennes.

La fixation du drain, à l'aide du pessaire, a paru ne présenter aucun inconvénient ; elle offre, au contraire, de sérieux avantages : et d'abord, la fixation du tube est parfaite ; le drain est très bien supporté, ne provoque pas de douleurs ; l'écoulement des sécrétions utérines se fait très facilement, les parois du tube étant maintenues béantes, à son extrémité libre, par les fils, qui subissent une légère traction. De plus, et fait important, le pessaire amène d'emblée, dans les déviations utérines si fréquentes, le redressement, que le tube aide à maintenir ; par le fait même de ce redressement, et surtout par l'écartement des parois vaginales produit par le pessaire, l'extrémité du tube se trouve absolument libre dans le vagin, sans pouvoir être en contact avec les parois et en provoquer l'irritation.

M. *Schoull* a obtenu ainsi sept succès sur sept cas, où il a eu l'occasion d'appliquer cette méthode.

Variole traitée par l'obscurité solaire.

M. le Dr *Gallavardin* préconise un moyen de traitement assez singulier contre la variole, qu'il a déjà fait connaître en 1876, et qui a été découvert par deux médecins anglais, les Drs Waters et de Gaddsten. Le Dr Patin (de Paris) a traité et a guéri ainsi sept malades de la variole.

Ce traitement consiste à placer les varioleux dans une obscurité solaire : 1° *complète* et surtout 2° *ininterrompue* pendant toute la durée de la maladie.

Ces deux conditions sont *indispensables* sous peine d'insuccès. Ainsi, le Dr Patin relate la double observation d'une femme qui, peu après son accouchement, fut atteinte de la variole, ainsi que son enfant, tous les deux non vaccinés. L'obscurité solaire amenda si rapidement leur maladie qu'on voulut faire constater cette rapide amélioration en sortant au grand jour cet enfant pour le montrer à une voisine. La maladie reprit aussitôt sa marche fatale sur ce nourrisson, qui succomba pendant la période de suppuration.

M. Gallavardin n'a eu qu'un malade non vacciné à traiter et par ce procédé a obtenu un succès remarquable. Sous l'influence de l'obscurité solaire, la variole ne présente pas de période de suppuration et par conséquent pas de cicatrices.

La difficulté est de ne pouvoir rendre la chambre du malade tout à fait obscure. Le service du malade se fait grâce à une lampe ou à une veilleuse et la chambre est aérée autant que possible le jour et la nuit.

Traitement de la blépharite ciliaire chronique.

M. le Dr *Despagnet* emploi un nouveau traitement de cette affection si désespérante, si chronique qui se nomme la blépharite ciliaire. C'est au sublimé en solution concentrée qu'il a recours ; voici d'ailleurs en quelques mots la technique exposée dans le *Bulletin médical* :

On s'enquiert d'abord de l'état des voies lacrymales, dont il faut toujours rétablir l'intégrité. Puis on prescrit aux malades deux solutions de glycérine au sublimé. L'une au 1/100e dont tous les jours le malade se servira lui-même pour faire un badigeonnage à la base des cils, du côté de la peau. Si par mégarde ou maladresse il laisse pénétrer un peu de solution sur les conjonctives, le mal ne sera pas grand et se réduira à une sensation de brûlure qu'il fera cesser avec une simple lotion d'eau froide.

La seconde solution sera de 1/30e et appliquée par le médecin lui-même tous les deux jours, et toujours en badigeonnages à la base externe des cils. Sitôt après, avec un peu de coton qu'on appuie sur la paupière, on enlève l'excès de solution restée à la surface de la peau, pour qu'elle ne soit pas entraînée dans l'œil par le clignotement des paupières, cette solution amenant une sensation de brûlure plus accusée. Toutefois elle n'est pas aussi intense que pourrait le faire supposer le titre de la solution employée, le sublimé perdant de sa causticité dans la glycérine. Bien entendu, pour que le médicament soit bien mis en contact avec le fond de l'ulcère, on débarrassera le bord libre des croûtes qu'il pourra contenir et même des cils compris dans les ulcérations.

Dès la première semaine du traitement l'amélioration est très accusée, et il ne faut pas plus de deux mois pour guérir les blépharites les plus invétérées, même celles qui ont amené un épaississement du bord libre, forme dite blépharite hypertrophiante.

Sur la préparation et la conservation des paquets de sublimé et d'acide tartrique.

Au mois de février 1890, l'Académie de médecine, sur le rapport du docteur Budin, a reconnu qu'il fallait autoriser les pharmaciens à délivrer aux sages-femmes :

Des paquets de sublimé dont la formule définitive fût :

Sublimé corrosif............	25 centigrammes.
Acide tartrique............	1 gramme.
Solution alcoolisée de carmin d'indigo sec à 5 pour cent.	1 goutte.

Cette dernière solution se prépare en faisant dissoudre 5 grammes de carmin d'indigo *desséché et pulvérulent* dans 95 grammes d'alcool à 20 degrés centésimaux. Une goutte contient 15 dix milligrammes de carmin d'indigo.

D'après M. Marty, également membre de la commission de l'Académie, le mélange de sublimé et d'acide tartrique, imprégné d'une goutte de la solution, ne devient que très peu humide. Il se dessèche rapidement par agitation. Il faut mêler et réduire en poudre impalpable.

D'après les récentes recherches de MM. *Yvon et Berlioz*, le mélange de sublimé et d'acide tartrique, préparé d'après la formule officielle, est suffisamment inaltérable. Les seules précautions à prendre consistent à se servir d'*acide tartrique pur et bien sec*, et à opérer le mélange dans un mortier également *bien sec*. De plus, si l'on colore avec la solution alcoolisée de carmin d'indigo, il faudra bien triturer et attendre que le dissolvant soit entièrement évaporé, et que le mélange soit *parfaitement sec*, avant d'en effectuer la division. Les paquets devront être conservés, autant que possible, à l'abri de l'humidité et de la lumière. Dans ces conditions, on n'aura aucune altération à redouter.

Index bibliographique.

Traitement de l'ozène, par M. Garnault. (*Semaine médicale*, 1893, page 41.)

La théorie des phagocytes par Metchnikoff (*Bulletin médical*), 1893, page 63.

Utilité de la saignée dans le traitement des maladies infectieuses à détermination rénale, par M. Sacaze. (*Revue de Médecine*, 1893, page 35.)

Les complications pleuro-pulmonaires de l'amygdalite aiguë, par M. Richardière (*Union médicale*, 1893, page 121.)

CHIRURGIE PRATIQUE

De la taille hypogastrique.

Grâce à son innocuité, la taille hypogastrique est devenue une opération courante, à la portée de tous les médecins maniant plus ou moins le bistouri. Je ne m'occuperai, dans cet article, que de la *technique opératoire* : je décrirai cette dernière en prenant pour guide, d'abord, les excellentes descriptions faites par M. le professeur Guyon et ses élèves dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, puis ma propre expérience qui comprend actuellement environ 70 opérations. Quelques indications sur les différentes méthodes adoptées par quelques chirurgiens étrangers, termineront cette étude d'ensemble.

Asepsie du malade, de la salle, etc.

La veille de l'opération, le *malade* sera purgé, son pubis rasé, la peau nettoyée d'après les principes de l'asepsie du champ opératoire et on maintiendra sur la région pendant la nuit des compresses trempées dans une solution faible de sublimé ou dans de l'eau bouillie salée à 7 %.

La *chambre* qui devra servir à l'opération sera débarrassée de tous les meubles, sauf le lit où sera couché le malade après l'opération : les grands rideaux du lit et de la fenêtre, seront enlevés et le parquet lavé avec une solution de sublimé.

Le matin de l'opération, le *malade* prendra un lavement avec de l'eau bouillie tiède : la toilette antiseptique de la région hypogastrique sera renouvelée. Il sera placé couché sur une table longue et étroite, recouverte d'un matelas, près d'une fenêtre, puis endormi dans cette position.

L'antisepsie la plus rigoureuse est de règle pour l'opérateur et ses aides. Le chirurgien commence par introduire une sonde métallique à robinet, si le canal est libre et s'il ne s'agit pas d'un cathétérisme rétrograde. Cette sonde est fixée à la verge par le procédé suivant :

On prend une lanière de caoutchouc de 0,20 c. de long et de la largeur du doigt ; cette lanière entoure la verge derrière le gland, presse le canal contre la sonde afin d'éviter le retour du liquide entre l'instrument et les parois de l'urèthre. Elle est assujettie par une pince qui retient les deux bouts.

On fait, par cette sonde, un lavage complet de la vessie avec de l'eau boriquée tiède à 4 %. Ce lavage n'est interrompu que quand l'eau ressort claire et limpide, de la vessie.

Un *aide* et non le chirurgien, introduit ensuite un ballon de Petersen dont la résistance a été essayée jusqu'à 600 gr. Ce ballon est en caoutchouc vulcanisé à parois très épaisses et a une forme oblongue. L'aide doit bien s'assurer de la rentrée totale du ballon dans le rectum : il ne doit plus voir la jonction du ballon avec le conduit ; puis il introduit dans ce ballon au moyen d'une seringue, environ 300 à 350 gr. d'eau boriquée, suivant la résistance éprouvée ; il ne faut pas oublier que le ballon en se remplissant s'étale latéralement quelquefois, au lieu de former un globe soulevant la vessie.

Le ballon rempli, le *chirurgien* s'occupe d'injecter de l'eau boriquée dans la vessie : lui seul doit faire cette injection, car la quantité à introduire dépend de l'état de la vessie et c'est la sensation de résistance fournie par le piston qui doit régler le volume du liquide à injecter : généralement 300 gr. suffisent :

Cette méthode est celle que j'emploie de préférence ; d'autres chirurgiens préfèrent la manœuvre suivante.

1° Introduction de 150 gr. dans la vessie.
2° Introduction de 300 gr. dans le ballon.
3° Introduction de 150 gr. dans la vessie ou plutôt de la quantité qu'il juge utile.

Le malade étant ainsi préparé, le robinet de la sonde et celui du ballon bien fermés, le chirurgien place à droite et à gauche de la ligne blanche des compresses stérilisées ne laissant entr'elles comme champ opératoire qu'une largeur de 0,04 cent.

Avant d'inciser, le chirurgien doit bien avoir présentes à l'esprit les différentes couches qu'il doit traverser pour arriver sur le réservoir vésical ; je les rappellerai brièvement :

1° Peau.
2° Tissu cellulaire sous-cutané.
3° Aponévrose résistante des muscles grand droit.
4° Muscles pyramidaux et muscles grand droit.
5° Feuillet postérieur du grand droit et fascia transversalis.
6° Tissu cellulaire sous-péritonéal.
7° Vessie. (Le péritoine étant remonté.)

L'incision doit être faite sur la ligne médiane, elle sera de 10 centim. généralement, et commencera *un peu au-dessous du bord supérieur du*

pubis. La ligne médiane n'est pas toujours facile à trouver; s'il y a doute, on tend la peau avec une main et avec l'extrémité des doigts de l'autre, on fait glisser la peau à droite et à gauche jusqu'à ce que l'on sente un cordon dur qui est produit par l'entre-croisement des aponévroses sur la ligne médiane. Le bord supérieur du pubis est toujours facile à trouver même chez les individus gras.

L'incision est faite du pubis vers l'ouraque : elle comprend couche par couche la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, plus épais en bas, puis l'aponévrose sectionnée autant que possible juste sur le cordon indiqué.

Les muscles sont ensuite incisés avec la plus grande prudence, en commençant par la partie inférieure et par coups de bistouri successifs afin de ne pas toucher le péritoine, si par hasard, ce dernier n'était pas relevé ; bien souvent la section porte sur l'un ou l'autre muscle grand droit : ce qui a peu d'importance.

Le chirurgien se trouve alors en présence de la dernière couche graisseuse avant de découvrir la vessie. Il est très bon à ce moment d'agir avec les doigts plutôt qu'avec le bistouri.

Le chirurgien plonge l'index de la main droite perpendiculairement de haut en bas, la face dorsale longeant le bord du pubis, ceci pour éviter de faire un cul-de-sac prévésical ; il reconnaît le globe vésical et pliant l'index en crochet, il remonte doucement jusqu'à l'extrémité supérieure de l'incision. Cette manœuvre, indiquée par M. Guyon, est excellente pour éviter le péritoine. En écartant les deux lèvres de la plaie avec des écarteurs métalliques, la vessie apparaît « comme une tête de fœtus arrivant à la vulve » (Guyon).

La vessie est *alors incisée d'un seul coup* dans les conditions suivantes :

Le chirurgien choisit un point sur la ligne médiane de la vessie, point situé à 4 ou 5 cent. du pubis et y enfonce le bistouri, puis il sectionne de haut en bas de manière à produire une incision de 1 c. à 1 c. 1/2, incision suffisante pour introduire le doigt et explorer la vessie. Cette incision pourra être agrandie dans le cours de l'opération en haut ou en bas, suivant les besoins.

M. Guyon recommande, avant de faire l'incision, de toucher toute la plaie avec une solution d'acide phénique à 5 % pour éviter l'absorption par les tissus du liquide venant de la vessie.

Je n'emploie pas ce procédé ordinairement, ne le jugeant pas nécessaire : la vessie ayant été bien lavée au début, ainsi que je l'ai indiqué plus haut. Une fois la vessie ouverte, le liquide s'écoule : la sonde est retirée.

Des chirurgiens utilisent la présence de la sonde dans la vessie pour se servir du bec comme point de repère ; si la vessie est bien dégagée, cela est inutile, ce bec peut être un aide quand le sujet étant très gras et la vessie peu dilatable, on doit chercher le globe vésical à une assez grande profondeur.

Le chirurgien, ayant ouvert la vessie, en fait l'examen et remplit le but pour lequel la taille hypogastrique a été décidée (extraction de calculs, de corps étrangers, tumeurs, etc., cathétérisme rétrograde).

M. Guyon, pour rendre ces recherches plus faciles, recommande de passer un fil suspenseur dans chaque lèvre de la plaie vésicale : ce fil en soie très forte est placé à 1 cent. du bord avec l'aiguille de Reverdin. Ces fils, bien tirés par des aides permettent : 1° une exploration plus complète de la vessie ; 2° d'agrandir la plaie par en haut ou par en bas de la quantité jugée convenable et avec une grande précision.

Je me sers de ce procédé excellent quand il s'agit de tumeurs à rechercher et à extraire ; mais dans les cas ordinaires, pour extraction de petit calcul, etc., il peut être laissé de côté, c'est l'exploration digitale qui renseignera sur ce qui est le plus utile à pratiquer.

Quelques chirurgiens retirent le ballon de Petersen en même temps que la sonde : il me paraît plus pratique de le laisser en place pendant tout le temps des recherches et opérations, car une fois le ballon retiré, la vessie s'enfonce. N'ayant pas en vue dans cet article la taille hypogastrique faite dans un but déterminé, mais simplement son manuel opératoire préliminaire et consécutif à différentes autres opérations, dont elle est le premier et le dernier temps, je laisserai de côté l'extraction des tumeurs, la méthode dite en caisson, etc.

Le chirurgien ayant atteint le but qu'il s'était proposé en faisant l'incision, la question de la suture de la vessie se pose à ce moment. Je me suis largement occupé de cette question dans un article paru dans les *Annales des organes génito-urinaires* (oct. 90), l'espace me manque ici pour exposer le pour et le contre de cette suture.

Si le chirurgien croit devoir l'employer, il suivra la méthode indiquée par M. Guyon qui me paraît la meilleure : en voici les différents temps.

1° Tirer sur les fils suspenseurs de manière à faire paraître la partie inférieure de la plaie vésicale.

2° Placer un premier fil de catgut n° 1, environ à la moitié ou au tiers *inférieur* de la plaie vésicale : l'aiguille sera enfoncée à quelques millimètres de la tranche vésicale et sortira immédiatement au-dessus de la muqueuse.

3° Ce fil ne sera pas noué et les chefs en seront confiés à un aide.

4° La suture sera ensuite continuée de *haut en bas*, à points serrés (1 cent.) et le dernier fil placé *au-dessous* de l'extrémité inférieure de la plaie vésicale.

5° Quand tous les fils sont placés on introduit les tubes de drainage de Perrier-Guyon (deux gros tubes recourbés à leur extrémité et adossés verticalement comme deux canons de fusil de chasse).

6° Les fils sont noués au-dessus et au-dessous des tubes, de manière à serrer ceux-ci dans la boutonnière qui représente à ce moment ce qui reste de la plaie vésicale.

Ces tubes placés, il faut être sûr de leur fonctionnement.

Pour cela :

1° Placer une éponge à la partie supérieure de la plaie abdominale pour la protéger.

2° Saisir un tube, l'élever verticalement, y adapter la seringue, pousser le liquide d'abord modérément, puis de manière à ce que le liquide sorte à plein tube.

3° Faire la même manœuvre avec l'autre tube.

4° Couper en biseau le tube qui fonctionne le mieux de manière à assurer le mieux possible l'irrigation.

La fixation des tubes se fait en passant deux crins de Florence qui traversent toute la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, puis le tube et enfin la peau. Ces tubes plongent dans un urinal contenant une solution de sublimé.

Les tubes bien fixés et essayés, on procède à la suture de la plaie abdominale.

On place d'abord à la partie inférieure de la plaie et *au-dessous* des tubes, un morceau de gaze iodoformée qui plongeant dans la cavité de Retzius en assure le drainage : *cette partie de la plaie n'est pas suturée.*

La suture de la paroi abdominale se fait par *étages solidaires* les uns des autres : d'abord les muscles, qui sont suturés avec du catgut à sutures perdues ; puis l'aponévrose et enfin le tissu cellulaire sous-cutané et la peau qui sont suturés au crin de Florence placé à 2 cent. d'intervalle.

L'aiguille devra être enfoncée à 1/2 cent. du bord de la plaie, traverser une faible épaisseur du tissu sous-jacent et ressortir dans les mêmes conditions qu'à l'entrée.

Le pansement se fait très facilement : toute la ligne de suture est recouverte de gaze phéniquée ou iodoformée, au-dessus et au-dessous des tubes. Des couches de ouate enveloppent la plaie, les organes génitaux et les plis fémoraux. Un bandage de flanelle serré maintient la partie abdominale du pansement et des sous-cuisses en caoutchouc ou en flanelle maintiennent la partie inférieure du pansement.

Il est utile de placer, avant le pansement, 2 rouleaux de ouate de chaque côté de la suture sans dépasser le pubis, pour faire la compression latérale de la plaie.

Les soins consécutifs sont très simples :

La vessie est lavée toutes les 3 ou 4 heures par une injection poussée lentement et doucement par les tubes.

Le premier pansement se fait ordinairement du 3e au 4e jour ; les tubes sont retirés le 6e jour ; on met alors une sonde à demeure par le canal de l'urèthre (sonde de Malécot.)

Le 10e ou 12e jour, la plaie vésicale est fermée ; la partie inférieure se ferme le 20e jour.

Telle est la technique ordinaire de la taille hypogastrique ; mais chaque chirurgien s'éloigne plus ou moins dans certains détails de ce procédé.

Les uns ne mettent pas de ballon de Petersen, les autres n'utilisent pas les tubes Perrier-Guyon, laissant simplement dans le canal une sonde de Pezzer introduite d'arrière en avant ; M. Guyon place quelquefois en même temps et les tubes et la sonde : quelques chirurgiens ne laissent aucune sonde et font immédiatement la suture totale de la vessie et de la plaie abdominale.

En Allemagne, des opérateurs ferment hermétiquement la vessie et laissent la plaie abdominale ouverte.

Il ne peut être question de discuter ici ces différents procédés : je me suis contenté d'indiquer la technique que j'ai vu employer avec le plus grand succès par M. le professeur Guyon et dont j'ai pu reconnaître moi-même la valeur en la pratiquant souvent.

Ainsi conduite et appliquée, cette opération est à la portée de tous les médecins et constitue une thérapeutique chirurgicale qui doit pénétrer de plus en plus dans la pratique journalière. Il me reste à jeter un coup d'œil sur quelques procédés qui sont utiles dans des cas spéciaux.

Procédé de Trendelenburg.

M. le professeur Trendelenburg, de Bonn, a inventé un lit qui tend à se répandre de plus en plus dans la pratique ou plutôt une position du malade qui peut être obtenue par différents procédés.

Le malade est endormi dans la position horizontale, puis il est placé dans une position inclinée, la tête en bas et le bassin élevé : il est facile de comprendre que dans cette position, tous les organes abdominaux se trouvent naturellement rejetés vers le diaphragme : la vessie sort de la cavité pubienne et le péritoine se détache naturellement de la vessie. Enfin, une fois la vessie ouverte, cette position en rend l'exploration plus facile.

Tous les chirurgiens ne peuvent avoir en leur possession le lit que le professeur Trendelenburg a fait construire à ce propos ; mais il est toujours facile d'obtenir cette position déclive en plaçant une chaise renversée sous le matelas.

Pour mon usage personnel, j'ai fait construire un prisme en lattes métalliques, dont le côté horizontal est formé par deux gouttières glissant l'une dans l'autre : il est facile de comprendre que l'on peut obtenir un prisme dont les 2 faces seront plus ou moins inclinées suivant que les gouttières rendront la base plus ou moins large ; cet assemblage en fer est recouvert d'un coussin qui est aussi divisé en 3 parties.

M. Mathieu a fabriqué une table d'opération avec position inclinée : d'ailleurs, tous les jours paraît une invention nouvelle destinée à obtenir cette position inclinée.

Le professeur de Bonn ne fait pas d'incision verticale, mais une incision transversale immédiatement au-dessus du pubis et d'une longueur de 6 à 8 cent. Les extrémités de ces incisions sont recourbées en haut pour éviter les canaux inguinaux, les muscles sont incisés à leur insertion au pubis, la vessie est incisée aussi en travers.

Cette manière d'opérer est très simple et ne lèse pas le péritoine, mais il faut craindre la production des hernies. Elle est très employée en Allemagne.

M. Helferich a pensé donner encore une plus grande clarté dans le bas-fond de la vessie, en faisant des encoches sur les parties latérales de la symphyse de haut en bas et de dehors en dedans, en dehors des épines du pubis ; puis ces deux sections osseuses sont réunies par une section horizontale de la symphyse.

Je ne citerai que pour mémoire les procédés de Koch (incision cruciale des téguments, une branche étant parallèle à la symphyse tandis que l'autre lui est perpendiculaire et passe à peu près en son milieu), de Langenbuch (incision en y renversé).

En résumé, la taille hypogastrique telle qu'elle est actuellement pratiquée généralement en France est une opération simple, facile d'exécution, ne demandant que très peu de personnel et un outillage consistant en trois ou quatre instruments principaux :

1° Une sonde à robinet, en métal, pouvant être

remplacée au besoin par une sonde ordinaire en gomme bouchée par un fausset.

2° Un bistouri.

3° Un ballon de Petersen.

4° Une aiguille de Reverdin et des fils à ligature.

J'étudierai dans un prochain article dans quelles conditions spéciales elle rend des services et doit être employée.

Dr Delefosse.

CLINIQUE

Hôpital Broussais. — M. le Dr Barth

Leçon recueillie par le Dr P. Hervouët

Tuberculose pulmonaire aiguë.

Messieurs,

Le malade qui fait l'objet de cette leçon est entré dans nos salles il y a environ trois semaines ; il occupait le n° 12 de la salle Delpech.

C'était un jeune homme paraissant vigoureux, la figure pleine et colorée, et l'embonpoint satisfaisant. Depuis une quinzaine de jours, il crachait le sang, toussait d'une toux quinteuse et très pénible, sans expectoration, et se plaignait d'une courbature généralisée.

Antécédents. — On ne trouve absolument rien à relever dans ses antécédents, soit personnels, soit du côté de sa famille. Il est venu à Paris, il y a sept ans, à l'âge de 13 ans ; garçon de café et de restaurant, il affirme avoir toujours bien supporté la fatigue de cet état. Il affirme également n'avoir jamais commis d'excès d'aucune sorte ; mais nous avons appris que, depuis quelques mois, il avait fait des excès vénériens.

Examen à l'entrée. — Quand nous l'avons vu pour la première fois, nous avons été tenté de le renvoyer presque aussitôt, ne le considérant pas comme un malade très sérieux ; mais notre avis n'a pas tardé à se modifier après un examen attentif.

Son aspect général est excellent ; mais il a la peau chaude, et la température, qui le matin est normale, atteint le soir 39°4.

Il n'a rien au cœur, rien du côté des organes abdominaux.

L'auscultation nous fait constater les signes suivants : à droite, sous la clavicule, la respiration est un peu faible et granuleuse ; en arrière, du même côté, et dans la moitié supérieure, il y a une très légère diminution du son, avec rudesse inspiratoire, expiration prolongée, et quelques râles fins après la toux. A gauche, ainsi qu'à la base droite, la sonorité et la respiration sont normales. Il n'y a pas de râles de bronchite. La toux est quinteuse et fréquente. Les hémoptysies ont cessé.

On ne constate rien du côté des organes génitaux. Le développement du squelette et des muscles, est normal.

Il pouvait donc sembler rationnel, au premier examen, de dire que ce malade n'était qu'un candidat à la tuberculose.

Mais deux phénomènes donnaient aux symptômes observés une signification tout autre : d'abord les hémoptysies considérables chez un homme ayant de l'hypérémie fluxionnaire au sommet du poumon ; puis, la persistance de la fièvre.

Et, me basant sur l'apparition de la fièvre chaque soir, et sur la présence au sommet d'une congestion hypérémique, j'ai pu vous dire qu'il s'agissait d'une forme grave de tuberculose, devant conduire rapidement le malade à la mort.

En effet, le malade est décédé avant-hier. Je regrette de ne pouvoir vous présenter les pièces anatomiques, opposition ayant été faite à l'autopsie.

Quel *traitement* avons-nous employé ? Au début, nous avons combattu la congestion pulmonaire et tenté de faire tomber l'éréthisme fébrile par les moyens suivants : 1° une large application de ventouses scarifiées ; 2° une potion contenant dix centigrammes de tartre stibié ; 3° l'ergotine Yvon à la dose de dix à vingt gouttes par jour ; 4° l'antipyrine, qui est préférable au sulfate de quinine, parce qu'elle ne congestionne pas le poumon ; d'abord 1 gr. 50 puis 3 gr.

Quelques jours après, aucune amélioration ne s'était produite. Le malade n'avait pas craché de sang ; mais la toux persistait, continuelle et fatigante, sans expectoration. La fièvre était très élevée le soir, malgré l'antipyrine. Au poumon droit, les signes d'induration de tout le lobe supérieur étaient plus manifestes, et il y avait de la dyspnée.

Le *traitement* fut modifié : le tartre stibié fut supprimé ; on appliqua sur la fosse sous-épineuse droite un vésicatoire, qui fut rendu permanent par un pansement au garou, et on donna par jour huit à dix pilules composées chacune d'un centigramme d'extrait thébaïque et un centigr. d'extrait de jusquiame.

Néanmoins, la maladie a suivi son cours d'une façon inexorable. La fièvre est devenue continue avec exacerbation le soir (39° le matin, 40° le soir). La dyspnée a augmenté progressivement. La figure avait toujours sa belle coloration rouge ; mais les lèvres et les pommettes étaient violettes. Il n'y avait pas d'amaigrissement, rien du côté du tube digestif, pas d'albumine dans les urines. Donc, sauf la fièvre et les symptômes asphyxiques, il n'y avait rien dans les autres organes.

Les signes physiques s'accentuaient. Il y a 8 jours, on constatait une respiration rude, légèrement soufflante dans toute la hauteur du poumon, et des râles crépitants secs ; pas d'expectoration.

Dans les derniers jours, l'asphyxie est devenue menaçante ; il y a eu de l'hypothermie, des sueurs profuses, presque agoniques, du délire.

Malgré un traitement très énergique (injections d'éther et de caféine), malgré une saignée de 200 grammes, le malade s'est éteint avant-hier.

Si nous avions fait l'autopsie, nous aurions trouvé le parenchyme congestionné et farci de granulations miliaires, sans caséification, pas d'hépatisation pulmonaire, rien du côté des bronches.

Nous avons eu affaire à cette forme de tuberculose aiguë, décrite par Jaccoud sous le nom de *tuberculose aiguë*, de *granulie aiguë à forme suffocante*.

Comment s'est faite cette tuberculisation ? Il

est assez probable que chez ce malade, sous l'influence des mauvaises conditions hygiéniques où il se trouvait, de son existence fatigante qui est un surmenage perpétuel, des granulations s'étaient développées sourdement, sans donner lieu à aucun symptôme, sans évoluer, sans progresser. Mais le malade s'étant livré à des excès vénériens, cause adjuvante de dépression organique et de congestion pulmonaire, il s'est fait des hémoptysies autour des granulations, et par suite un développement rapide de nouvelles granulations. Et c'est certainement cette rapidité de développement qui a donné à la maladie son caractère spécial : ainsi il s'est agi d'une tuberculisation exclusivement pulmonaire, ayant conservé jusqu'au bout la forme granuleuse.

Au point de vue clinique, il faut en tirer la conclusion que, *chez un individu jeune, robuste, une hémoptysie abondante est une chose sérieuse.* Cependant, s'il n'y a pas de fièvre, l'épine inflammatoire rentrera pour le moment dans le silence.

Mais chez un individu ayant eu des hémoptysies, *si l'on voit la fièvre s'élever, c'est un phénomène du plus fâcheux augure*, surtout si cet individu est jeune, robuste, et n'a rien présenté jusqu'alors. Et, ou bien on verra se développer la forme granulique, ou une forme catarrhale, caractérisée par la caséification rapide des granulations, formation de cavernes, d'une évolution souvent aussi rapide.

Le *pronostic* est donc ici très important à connaître. Les hémoptysies peuvent se produire par fluxion collatérale, et par rupture de vaisseaux plus ou moins considérables ; (Damaschino a montré que de petits anévrysmes des branches de l'artère pulmonaire, peuvent se produire dans les cavernes, de quelque nature qu'elles soient, et se rompre en donnant lieu à des hémorrhagies formidables).

Le pronostic n'est pas toujours le même. Voici, par exemple, des tuberculeux chroniques qui peuvent présenter des hémoptysies fréquentes, sans que le pronostic en soit aggravé.

Quand l'hémorrhagie est abondante, le pronostic devient un peu plus sérieux, car elle peut amener une anémie très prononcée, ou même provoquer une mort subite ; mais ce tuberculeux, dont toutes les autres fonctions sont bonnes, réparera rapidement ses forces et refera du sang.

Au contraire, les hémoptysies qui surviennent chez des individus jeunes, solides, ayant toutes les apparences de la santé, sans signes physiques notables, devront être l'objet d'une attention minutieuse. S'il n'y a pas de fièvre, il faudra prendre les plus grands soins pour éviter le retour d'hémoptysies qui favoriseraient le développement rapide de bacilles dans tout le poumon ; s'il y a de la fièvre, alors le cas est d'une gravité extrême, et, dans la grande majorité des cas, malgré tous les efforts, la terminaison est rapidement fatale.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les devoirs du médecin en cas d'avortement.

Erratum.

Le travail du Dr Floquet, en réponse à l'un de nos correspondants publié dans le n° 4 du 28 janvier, a subi une transposition, de telle nature que, pour en rendre la lecture intelligible, nous sommes obligés de reproduire entièrement la solution de la 5e question, transposée à la 6e.

5e QUESTION. — *Que doit-on faire de l'enfant mort-né et du placenta ? où enterrer ces produits ?*

Un arrêt de la Cour de Paris du 15 février 1865 déclare que les enfants mort-nés doivent être présentés à l'officier de l'état civil dans les délais fixés et ne *peuvent être inhumés sans son autorisation*, que ces prescriptions sont générales et s'appliquent à tous les enfants morts à quelque époque de la gestation qu'ils soient parvenus, pourvu qu'ils aient les formes d'un être humain. La Cour de Cassation, dans un arrêt en date du 7 août 1874, a adopté un système différent en déclarant que la présentation d'un fœtus à l'officier de l'Etat civil était sans utilité pour l'intérêt social, puisqu'il ne s'agissait que d'un produit innommé et non d'un enfant, et qu'une telle présentation pouvait blesser la pudeur publique.

M. Brouardel, dans son remarquable travail sur le *secret médical*, a pris soin d'indiquer les conséquences de la doctrine adoptée par la Cour de Cassation.

« Dans les grandes villes, écrit-il, les familles ne « savent comment se débarrasser des embryons et « des fœtus, on les jette dans les fosses d'aisances, « dans les égouts, sur les tas d'ordures, ce qui ne « blesse pas moins la pudeur publique que ne le « ferait leur présentation à l'officier de l'état civil. « Puis l'autorité recherche la provenance de ces « fœtus. Souvent les commérages de quelque con- « cierge font suspecter une jeune fille, une veuve « avec lesquelles cette femme ne vit pas en bonnes « relations. Alors même qu'une enquête judiciaire « n'a pas lieu, la réputation de ces femmes peut « être gravement compromise.

« D'autres fois une présomption sérieuse d'avor- « tement criminel peut s'élever, et nous avons eu « personnellement parfois à examiner des jeunes « filles ainsi compromises et vierges. Dans la suite « des enquêtes, des médecins ont dû parfois être « entendus pour savoir s'ils avaient ou non soigné « les personnes soupçonnées, et pour quelle affec- « tion leur concours avait été demandé. La ques- « tion du secret médical était donc soulevée dans « des conditions particulièrement délicates. »

L'autorité préfectorale, à Paris, pour parer à toutes ces difficultés, adressa plusieurs circulaires aux maires des arrondissements. Il résulte, en effet, d'une lettre adressée en 1869, par le procureur impérial du tribunal de la Seine, au Préfet, et de circulaires de ce dernier des 26 novembre 1868, 13 janvier 1869, 21 janvier et 4 octobre 1875, que, dans le département de la Seine, il ne devra être dressé aucun acte de l'état civil, pour le produit de la conception ayant *moins de quatre mois*, mais que toutes les fois qu'il aura atteint *six semaines* et aura moins de quatre mois, le médecin inspecteur dressera un certificat qui sera transmis à l'officier de l'état civil et consigné sur un *registre spécial* (circulaire du préfet de la Seine du 26 janvier 1882).

L'obligation de la déclaration étant admise en principe, il n'est pas sans intérêt de faire connaître quelles sont, relativement aux inhumations, les prescriptions de la loi sur lesquelles les hommes de l'art peuvent au moins très fréquemment et tout naturellement être consultés

par les familles. Voici, à cet égard, quelles sont les dispositions du Code civil applicables à l'espèce.

Art. 77. « Aucune inhumation ne sera faite sans une autorisation, sur papier libre et sans frais, de l'officier de l'état civil, qui ne pourra la délivrer qu'après s'être transporté auprès de la personne décédée, pour s'assurer du décès, et que vingt-quatre heures après le décès, hors les cas prévus par les règlements de police. »

Art. 78. « L'acte de décès sera dressé par l'officier de l'état civil sur la déclaration de deux témoins. »

Il est à remarquer que, pour les décès, à la différence de ce qui a lieu pour les naissances, la loi ne prononce aucune peine spéciale à raison du défaut de déclaration. Elle ne punit que l'inhumation faite sans autorisation ou avant l'expiration du délai prescrit.

L'article 358 du Code pénal est en effet ainsi conçu :

« Ceux qui, sans l'autorisation préalable de l'officier public, dans le cas où elle est prescrite, auront fait inhumer un individu décédé, seront punis de six jours à deux mois d'emprisonnement, et d'une amende de seize à cinquante francs ; sans préjudice de la poursuite des crimes dont les auteurs de ce délit pourraient être prévenus dans cette circonstance. — La même peine aura lieu contre ceux qui auront contrevenu, de quelque manière que ce soit, à la loi et aux règlements relatifs aux inhumations précipitées. »

La déclaration de l'embryon faite et l'autorisation d'inhumer obtenue, les familles peuvent, à Paris et dans les grandes villes du moins, demander un convoi, sinon le maire se chargera de l'enlèvement des cadavres qui seront portés au cimetière, dans une voiture spéciale et enterrés dans une division réservée. A Paris, c'est l'administration générale des pompes funèbres, relevant de l'autorité préfectorale, qui se charge du service des inhumations.

Disons que les prescriptions dont nous venons de parler ont pour but d'éviter l'abandon de ces embryons ou leur projection dans les égouts et les fosses d'aisances, et d'obliger les médecins et sages-femmes de déclarer les cas d'accouchement prématuré, nécessitant l'inhumation des produits embryonnaires soit au-dessous, soit au-dessus de 4 mois.

Un de nos Confrères nous écrit, sur le même sujet :

Mon cher Directeur,

Dans le *Concours* du 28 janvier, un de nos confrères pose les questions suivantes :

Faut-il, en cas d'avortement, déclarer le fœtus à la mairie :

1° S'il est mort-né ?

2° S'il est né vivant ?

3° Que faire du produit mort ?

Remarquons d'abord que la 3e question est implicitement contenue dans les deux autres et comportera la même réponse, car il est évident que si *aucune* déclaration d'*aucune* sorte ne doit être faite à la mairie, on fera du produit mort ce qu'on voudra, sauf à se conformer aux règlements de police urbaine ou rurale.

Il n'y a donc à répondre qu'à ceci :

Faut-il déclarer un produit d'avortement, (c'est-à-dire n'ayant pas 6 mois de vie intra-utérine), né vivant ou mort-né ?

Le Dr Floquet constate que les décisions judiciaires rendues à cet égard, présentent une certaine confusion.

Or, dans un cas qui m'est personnel, la question fut résolue par la négative. Voici la chose en peu de mots :

Une femme enceinte de 7 mois vient me consulter parce que depuis deux mois elle ne sent plus remuer son enfant, etc., etc. Je diagnostique un enfant mort. Deux mois plus tard le produit est expulsé. Je le fais enterrer dans le jardin. Dénoncé à l'instigation d'un *cher confrère* je suis poursuivi en même temps que le père pour le crime de suppression d'enfant. Le *cher confrère* commis par le parquet après interrogatoire de l'accouchée conclut à l'accouchement d'un enfant à terme. Je demande l'autopsie et je prouve (contrairement aux nouvelles conclusions de l'expert) que c'était un fœtus et qu'il n'avait pas six mois. Je produis alors un arrêt de Cassation en date du 7 août 1874 (la chose se passait en 1881) et le père et moi nous sommes acquittés sur toute la ligne.

Or, cet arrêt dit qu'il faut combiner l'article 346 du Code pénal avec l'article 312 du Code civil, aux termes duquel l'enfant n'est réputé viable qu'après un minimum de 180 jours, ou six mois de gestation ; que l'être qui vient au monde avant ce terme est privé non seulement de la vie, mais ne constitue qu'un produit innommé et non un enfant dans le sens de la loi ; enfin que la présentation d'un pareil être à l'officier de l'état civil conformément au décret du 3 juillet 1806 est sans utilité pour l'intérêt social, etc., etc. C'est précis, je ne dis pas qu'il ne faut jamais déclarer avant 6 mois, mais quand il y a quelque sérieux inconvénient à le faire, nous pouvons nous couvrir de l'arrêt de cassation du 7 août 1874.

Agréez, mon cher Directeur, l'expression, etc.

Dr Choquart.

BULLETIN DES SYNDICATS

Lettre circulaire

à Messieurs les Présidents et Secrétaires des Syndicats médicaux et des Sociétés locales de Prévoyance et de Secours mutuels.

Très honoré Confrère,

Dans sa réunion du 15 janvier 1893, le Bureau de l'Union des Syndicats médicaux a décidé que ses statuts seraient adressés à tous les Syndicats médicaux et à toutes les Sociétés locales, afin d'appeler leur attention sur l'importance de son organisation et de les engager à provoquer la création de Syndicats, là où il n'en existe pas encore et à grouper en un seul faisceau tous les Syndicats déjà constitués, en les amenant à donner leur adhésion à l'Union.

En étudiant de près ces statuts, il vous sera facile de comprendre quels services est appelée à rendre au corps médical cette fédération des Syndicats médicaux.

De même que les Syndicats locaux sont devenus, depuis le vote de la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine, les représentants officiels

et légaux des médecins et les défenseurs attitrés de leurs intérêts auprès des autorités de chaque département, de même l'Union a acquis, par un effet de la même loi, l'autorité nécessaire pour faire écouter, par les pouvoirs publics, toutes les réclamations du Corps médical.

En s'occupant, à un point de vue général, des questions qui se rattachent à l'exercice de la médecine, telles que *l'assistance des indigents, l'hygiène publique*, etc., elle prouve que ses efforts n'ont pas uniquement pour but d'améliorer le sort du médecin, et que ses revendications n'ont jamais un caractère étroit et de nature à inquiéter l'opinion publique.

Les avantages moraux et matériels qui résultent d'une telle organisation ne peuvent vous échapper.

Il est évident qu'ils seront d'autant plus sérieux que l'Union comprendra un plus grand nombre de Syndicats, son autorité devant forcément grandir, en proportion du nombre des médecins qui se grouperont autour d'elle.

Du reste, par l'importance des résultats déjà obtenus par notre Association, avant sa reconnaissance légale, on peut prévoir ceux qui seront atteints dans l'avenir.

Il est donc urgent que vous attiriez, à votre tour, l'attention de tous les membres de votre Société, sur la question que nous vous soumettons aujourd'hui.

Nous devons ajouter que le bureau de l'Union a décidé que, si son Bulletin restait ouvert, comme par le passé, aux communications et aux comptes rendus des Syndicats adhérents, on devrait y publier, dans l'avenir, seulement les articles présentant un véritable intérêt pour tous, que MM. les secrétaires voudront bien nous signaler : cette mesure nous a été imposée par le nombre croissant de ces communications et par le désir que nous avons de rendre nos Annales plus intéressantes.

Il en sera de même pour les statuts des nouveaux Syndicats, qui ne sont généralement que la répétition de ceux qui ont été insérés bien des fois dans le Bulletin ; on devra se borner à publier, avec la composition de leur bureau, les articles de ces statuts, sur lesquels ils désireront attirer l'attention.

Veuillez agréer, très honoré confrère, l'assurance de nos meilleurs sentiments confraternels.

Pour le bureau de l'Union :

Le Secrétaire-général, Dr P. Hervouet.
Le Président, Dr L. Porson.

Les Syndicats médicaux.

La question des Syndicats médicaux est entrée dans une voie nouvelle : il ne s'agit plus d'inaugurer des associations d'un caractère différent de celles qui ont existé jusqu'à ce jour, d'introduire dans les mœurs médicales une nouveauté discutable, de préparer l'opinion publique à une législation nécessaire. L'article 13 de la loi Chevandier reconnaît aux médecins le droit de s'unir pour défendre leurs intérêts contre les intérêts rivaux et consacre l'existence des Syndicats.

Aussi l'initiative prise par quelques-uns, accueillie avec empressement ici, là critiquée avec non moins d'ardeur, n'est-elle plus discutée maintenant : le mouvement de groupement syndical, ralenti un moment par l'arrêt de la Cour de cassation, reprend partout et, chaque jour, nous apprenons la création de Syndicats nouveaux.

Il peut être intéressant d'examiner quel caractère doivent avoir ces Syndicats pour donner tous les résultats qu'on en peut attendre.

Certes, nous estimons que les intéressés savent mieux que personne les conditions particulières qui permettent de constituer un Syndicat, les limites qu'ils doivent lui assigner pour réussir ; nous pensons cependant que quelques règles générales ont besoin d'être rappelées.

Un *Syndicat local*, restreint, délibérera de la manière la plus fructueuse sur les relations entre confrères, sur l'adoption d'un tarif — mais son action sera forcément limitée aux questions locales.

Or il n'y a pas que des questions locales qui s'imposent à l'examen du corps médical.

La réforme des services publics, hygiène, assistance, etc., a besoin d'être étudiée avec une certaine ampleur, et, si la loi refuse aux médecins le droit de se coaliser contre les intérêts de l'Etat, du département, de la commune — droit dont ils n'ont jamais songé à user — elle ne saurait les empêcher de donner en ces matières un avis éclairé et de prêter leur concours pour la meilleure organisation de ces services.

Un *Syndicat communal*, un *Syndicat d'arrondissement* même, pourra-t-il s'occuper de ces questions d'une manière utile ? — Nous ne le pensons pas. Il faut, à notre avis, que partout se constituent des *Syndicats départementaux* qui répondent à la grande division administrative de notre pays et aient l'autorité nécessaire pour représenter, dans l'étude de toutes les grandes questions, les intérêts du corps médical.

Ce n'est pas que toutes les organisations doivent être coulées dans le même moule, que le même règlement uniforme doive régir tous les Syndicats : nous ne réclamons qu'une chose, la création de Syndicats départementaux et nous laissons à l'initiative de chacun le soin d'examiner comment l'existence de ces grands Syndicats, indispensables selon nous, peut se concilier avec l'existence de Syndicats plus restreints déjà formés ou en voie de formation.

Il suffit d'ailleurs de jeter les yeux sur les organisations qui ont fait leurs preuves : ici, des Syndicats locaux se sont groupés, ont nommé des délégués et constitué dans le département une *Union de ces Syndicats* ; là il n'existe qu'un Syndicat départemental ayant son existence propre, mais ses membres sont répartis en *Cercles d'arrondissements* qui tranchent les questions purement locales et examinent les autres, en première lecture seulement.

Dans les deux cas, les questions d'ordre général relèvent de l'examen du Conseil syndical départemental et de l'assemblée générale de tous les membres. Que l'une ou l'autre de ces organisations soit préférée, peu importe : l'essentiel, c'est qu'elle se retrouve partout.

Pour les Syndicats à créer, nous préférons la forme de *Syndicat départemental, avec cercles d'arrondissement* : c'est, croyons-nous, l'organisation la plus puissante. Mais partout où il existe déjà des Syndicats locaux, nous n'hésitons pas à conseiller l'union, avec nomination de délégués chargés d'étudier les questions

générales et de les soumettre au vote de l'assemblée générale.

Si, dans un département, tous les arrondissements ne sont pas pourvus de Syndicats, il faut en provoquer la création. Mais, si cette création rencontrait, quelque part, des difficultés ou si sa lenteur pouvait amener des obstacles, nous engagerions les Syndicats existants à s'unir et à fonder le Syndicat départemental en acceptant les adhésions individuelles, persuadés que cette manière de procéder stimulerait les retardataires et porterait des fruits quand même.

Que nos confrères veuillent bien y réfléchir : les questions locales ne sont pas inépuisables : quand on aura établi un tarif commun, réglé les rapports entre confrères, tranché les difficultés avec les Sociétés de secours mutuels, l'ordre du jour ne présentera pas un bien grand attrait, à moins qu'une affaire exceptionnelle, et par cela même toujours rare, ne soit introduite. On risquera de se désintéresser des réunions et le Syndicat somnolera quelque peu, tandis qu'avec le Syndicat départemental des questions nouvelles surgiront à chaque instant et alimenteront l'ordre du jour.

Et même pour les difficultés entre confrères, pense-t-on qu'un Conseil syndical départemental n'aura pas, pour les juger, plus d'impartialité et plus d'autorité, qu'un Bureau composé de confrères trop voisins et parfois trop directement intéressés ?

Il nous paraît inutile d'insister. Nous ne croyons pas soulever d'objections, en répétant qu'il faut partout et le plus tôt possible constituer des Syndicats départementaux.

A. G.

REPORTAGE MÉDICAL

Association de la Presse médicale.

Procès-verbal de la réunion du 3 *février* 1893.

Le premier dîner statutaire pour l'année 1893 de *l'Association de la presse médicale* a eu lieu le 3 février 1893, au restaurant Marguery. 17 membres étaient présents à la réunion, que présidait M. le Pr Cornil.

Trois candidatures étaient à l'ordre du jour.

L'une d'entre elles a été réservée, le journal n'ayant pas deux années d'existence (Art. V des Statuts).

Les deux autres, celle de M. Bérillon (*Revue de l'hypnotisme*) et celle de M. le Dr Fournier (*Journal des maladies cutanées*) seront ultérieurement, conformément aux statuts, l'objet d'un rapport, la première par M. le Dr Gilles de la Tourette, la seconde par M. le Dr Chevallereau.

Une question de la plus haute importance, le service militaire des étudiants en médecine, a été soulevée par M. le Dr Cézilly, et a provoqué une intéressante discussion, à laquelle ont pris part MM. Cadet de Gassicourt, Lereboullet, Gouguenheim, Leblond, Laborde, de Ranse, Janicot et M. le Président.

Cette discussion s'est terminée par la nomination d'une commission, chargée de soumettre à la bienveillante attention des commissions militaires du Sénat, de la Chambre des Députés et de M. le Ministre de la Guerre la proposition suivante votée à l'unanimité des membres présents :

« Les étudiants en médecine feront leur service militaire comme *médecin* leurs études médicales terminées ; ils devront être docteur ou interne nommé au concours dans une ville où siège une faculté, à l'âge de vingt-sept ans. »

A titre de mesure transitoire, l'Association de la presse médicale a en outre émis à l'unanimité les vœux suivants :

1° Tout étudiant en médecine, pourvu de treize « inscriptions ou nommé au concours externe, ou « interne des hôpitaux fera son service militaire « comme infirmier dans une ville où existe une faculté ou école de médecine. »

« 2° Tout médecin auxiliaire nommé au concours « doit remplir réellement, pendant l'année qu'il passe sous les drapeaux les fonctions de médecin « auxiliaire. »

La Commission se compose de MM. Cadet de Gassicourt, Cézilly, Laborde, Lereboullet, M. Baudouin, secrétaire.

Le Secrétaire Général,
MARCEL BAUDOUIN.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le Dr Terrier a été nommé professeur de médecine opératoire. M. Terrier est l'un des promoteurs en France de la chirurgie aseptique.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs GUÉNEBAUD, de Collonges (Rhône) ; DELESTRÉE, de Lannoy (Nord) ; SAINTON, de Tours (Indre-et-Loire) ; TOUSSAINT, de Mézières (Ardennes), membres du Concours médical.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ECOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

Guide pratique des Sciences Médicales, année 1892, publié sous la direction scientifique de M. le Dr LETULLE, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin des Hôpitaux.

Encyclopédie de poche pour le praticien. L'ouvrage in-18 de 1,500 pages environ, cartonné à l'anglaise, sera envoyé franco, par retour du courrier, à tout médecin qui en fera la demande accompagnée d'un mandat-poste de **9 francs 60.**

L'ouvrage cartonné comprend 1,500 pages. Toutes les branches de la pratique et particulièrement les spécialités diverses y sont réunies. Le lecteur rencontrera dans le GUIDE des renseignements cliniques et thérapeutiques non seulement sur les maladies infectieuses, aiguës et chroniques, les intoxications, la chirurgie générale, mais encore et principalement sur les maladies syphilitiques, les maladies nerveuses, la dermatologie, la gynécologie, l'obstétrique, les maladies des enfants et des nouveau-nés, l'odontologie, *le tableau, avec six figures anatomiques*, des réactions électriques dans les principales affections nerveuses ou musculaires, etc.

Un formulaire particulier accompagne les chapitres relatifs aux maladies de la peau, des enfants et à l'odontologie. Un Formulaire général termine le volume.

Nous insistons surtout sur ce point que, le GUIDE PRATIQUE DES SCIENCES MÉDICALES, qui n'a *rien de commun avec les aide-mémoire*, est avant tout un *traité complet, scientifique et vraiment pratique*. Il remplace presque tous les mementos ou vade-mecum qui ont le *défaut capital* de disperser en un grand nombre de volumes les questions actuelles.

Actualité.

DAMBIES (A.). — **Lettres et souvenirs de voyage : Algérie et PANAMA**, 1 volume in-8 carré. **3** fr.

L'auteur de cet ouvrage, qui se cache modestement sous un pseudonyme, a occupé successivement des positions diverses en Algérie et à Panama. Il a réuni un ensemble de lettres écrites au jour le jour et qui relatent ses impressions du moment avec une netteté et une précision remarquables.

Le Directeur-Gérant : **A. CEZILLY.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année **N° 7** 18 Février 1893

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement prophylactique de l'ophthalmie des nouveau-nés.

Qui ne connaît les innombrables remèdes empiriques employés par les matrones pour préserver les nouveau-nés de l'ophthalmie purulente et pour les en guérir quand ils l'ont contractée ? Les infusions de guimauve, le mélilot, les fleurs de sureau, l'eau de rose, le lait, l'urine même, tout est réputé bon ; hélas ! c'est généralement déplorable. Il faut définitivement réagir et abandonner ces pratiques funestes. On a vanté beaucoup le jus de citron contre l'ophthalmie : il y a cependant des exemples indiscutables d'accidents très graves survenus par l'usage de cet irritant topique. Aujourd'hui, on emploie sur une large échelle l'eau boriquée saturée tiède : généralement aussi, par prophylaxie, on instille dans chaque œil du nouveau-né deux gouttes d'un collyre au nitrate d'argent au 1/100 ou même au 1/50. Cette méthode n'est pas absolument inoffensive, car elle provoque quelquefois une vive irritation, passagère il est vrai, mais généralement mal interprétée par la famille, qui ne comprend pas qu'on cause ainsi une inflammation soi-disant pour en empêcher une autre.

M. le Dr *Valude* préconise un procédé un peu différent pour préserver les nouveau-nés de l'ophthalmie purulente. Ce procédé adopté dans le service du professeur Tarnier est facile à appliquer et paraît donner d'excellents résultats. Le voici en quelques mots :

1° « Dès la naissance, et avant la section du cordon (à moins de circonstances particulières, asphyxie, etc.), essuyer doucement les paupières de l'enfant avec un tampon d'ouate hydrophile imprégné d'une substance antiseptique et exprimé ; 2° Après avoir ainsi débarrassé les cils et les bords palpébraux de leur matière grasse, écarter les paupières et insuffler une certaine quantité de poudre d'iodoforme très finement porphyrisé. Ne pas renouveler l'insufflation.

Tandis que tous les autres traitements provoquent une ophthalmie catarrhale plus ou moins intense, avec l'iodoforme on évite précisément mieux qu'avec toute autre méthode « ces ophthalmies bâtardes, catarrho-purulentes, folliculaires, etc., qui se développent chez les enfants chétifs, non point le troisième jour, mais quelques jours après la naissance. Ce qui se voit avec l'insufflation de poudre d'iodoforme, c'est un gonflement de la conjonctive avec rougeur, mais pas de sécrétion, et ces phénomènes cèdent en deux ou trois jours au plus à de simples irrigations antiseptiques et ne s'accompagnent presque jamais de lésions cornéennes, à condition toutefois que l'iodoforme soit très finement porphyrisé. Dans le cas contraire, il pourrait avoir de sérieux inconvénients (Lindo-Fergusson). Un autre avantage, c'est que les ophthalmies qui surviennent malgré tout ne sont pas graves et n'attaquent pas ordinairement la cornée. Enfin, et ceci surtout rend la supériorité de l'iodoforme indiscutable, son action antiseptique se prolonge longtemps. Très finement porphyrisé, il se loge dans le fond des culs-de-sac conjonctivaux où il se cantonne « sous la forme de filaments jaunâtres agglutinés par du mucus et s'y maintient si longtemps, malgré le flux des larmes, qu'on l'y trouve encore quelques jours après la naissance (Valude) ». Que dans ces conditions des doigts malpropres, des linges, etc., viennent transporter des gonococcus dans l'œil, leur virulence sera très atténuée.

Quand on aura ajouté que l'iodoforme se conserve en provision sans s'altérer, que les pharmaciens le délivrent sans prescription de médecin, qu'il ne peut être confondu avec aucun autre corps par sa couleur caractéristique, et qu'enfin son odeur spéciale empêche toute méprise, on comprendra aisément pourquoi l'insufflation de

poudre d'iodoforme est le meilleur traitement préventif de l'ophthalmie, aussi bien de la forme grave, rare aujourd'hui, que de la forme bénigne, qui est la plus fréquente.

Le procédé « de la langue » du Dr Laborde contre l'asphyxie des nouveau-nés.

Pendant que nous nous occupons des nouveau-nés nous demandons la permission de revenir sur une question, que nous avons déjà signalée l'année dernière : nous voulons parler du procédé du Dr *Laborde* pour arracher un malade à l'asphyxie.

La méthode, appliquée d'abord aux noyés, aux asphyxiés par submersion, est parfaitement efficace pour les nouveau-nés en état d'asphyxie.

M. le Dr *Péronne*, de Sedan, indique les moyens les plus pratiques pour ranimer un nouveau-né par ce procédé.

A propos de l'asphyxie des noyés, M. Laborde recommande, avec raison, de saisir fortement la langue à pleine main et d'exercer des tractions énergiques. Il va sans dire que chez un nouveau-né, il faut apporter plus de délicatesse, et qu'il importe, si l'on se sert d'une pince à mors, de ne point serrer trop fort, ni tirer avec trop de vigueur. La main, qui n'éprouve d'ailleurs aucune résistance, sent bien du reste ce qu'il convient de faire. Si l'on n'a pas de pince, on peut saisir la langue entre deux doigts, à l'aide d'un mouchoir fin, pour la lâcher moins facilement, et exercer ces tractions modérées.

Ainsi appliqué, le procédé est *absolument inoffensif*. Il n'y a donc aucune raison de ne pas *l'essayer*, d'autant plus qu'il n'empêche nullement l'emploi soit simultané, soit successif des autres procédés connus.

Ce qui nous le ferait employer *d'abord*, avant tout autre, c'est qu'il a paru agir *très vite*, c'est que l'on peut l'utiliser immédiatement, *même avant la section du cordon* ; c'est que l'on peut l'employer, en tenant l'enfant enveloppé dans un lange de laine, et éviter ainsi de le refroidir. Mais rien n'empêche, si l'on n'obtient pas rapidement le résultat cherché, de recourir à l'insufflation laryngée, ou au procédé de Sylvester ou à tout autre moyen.

L'importance *pratique* de ce procédé provient surtout de son extrême simplicité. Tout le monde, en attendant le médecin ou la sage-femme, peut l'employer sans crainte. Cela sauvera sûrement beaucoup d'enfants, surtout dans les campagnes, où les secours sont parfois si éloignés et où les commères restent si souvent béantes devant un nouveau-né, ne sachant que faire, s'il a besoin d'être ranimé, ou se livrent parfois à des pratiques nuisibles.

M. Péronne a obtenu ainsi trois succès sur trois cas où il a essayé la méthode. L'important, dit-il, est de se souvenir toujours que *ce n'est qu'au bout d'un temps très long*, trois quarts d'heure, une heure, qu'un nouveau-né, en état de mort apparente, peut donner le premier signe de vie. Il importe donc beaucoup de ne pas se décourager.

Traitement des éphélides et des acnés rosacés par la méthode d'écorchement.

M. le Dr *Van Hornn*, d'Amsterdam, signale, dans le *Progrès médical*, un procédé extrêmement ingénieux de traitement des éphélides et des acnés rosacés de la face, emprunté à *Unna*, de Hambourg.

FEUILLETON

Comment on doit consulter le médecin (1).

Santé et maladie ne sont pas des choses aussi fortuites qu'il nous plaît de le croire. Rien n'est habituellement aussi cohérent, aussi logique, que l'histoire d'une santé, depuis le premier vagissement, jusqu'au dernier soupir. Chaque page du livre de la vie explique et prépare le dénouement, ce dénouement inévitable qu'il s'agit de retarder. Les maladies, en apparence très disparates, qu'un individu a subi sont en réalité bien souvent similaires par leur nature, par leur cause commune. La diathèse originelle s'est manifestée différemment suivant les âges et suivant les circonstances ; elle a pris des masques variables ; elle a, au fond, toujours été identique. Notre tempérament est comme notre caractère et comme notre esprit, modifiable sans doute, mais pas foncièrement. Il faut étudier, tirer parti de certaines tendances, en combattre d'autres, mais ne pas prétendre le changer.

Chacun a son individualité au point de vue de la santé, comme il a sa physionomie propre. Et c'est là une des grandes difficultés de notre profession. Elle a certainement ses principes, ses lois générales, mais dans la pratique, elle n'a jamais à traiter deux cas exactement semblables. Chaque malade exige une étude, une observation attentive et l'histoire de son passé est la base la plus solide pour asseoir notre jugement.

Cette observation attentive, qui la fera ? par qui sera établie cette équation personnelle si utile ? Ce sera évidemment par le médecin de la famille, par celui qui connaît le malade, qui ne le perd pas tout à fait de vue, même dans la bonne santé. Il aura, le connaissant d'avance, une impression plus juste des changements extérieurs qui se seront produits en lui et souvent une expérience personnelle de sa résistance ou de sa débilité. Dans une matière où l'unité de direction est d'une importance capitale, où l'incohérence risque tôt ou tard d'être rigoureusement punie, c'est lui qui doit avoir la responsabilité et l'autorité.

L'art médical traverse une période de transition et d'évolution rapide qui ne va pas sans jeter quelque désordre dans les rapports entre les médecins et les malades, au détriment de ces derniers. La tendance actuelle est favorable à la dispersion de la confiance des familles et contraire à cette unité de direction dont je viens d'énoncer l'utilité. Il est peut-être bon de rappeler certaines distinctions que l'on oublie trop volontiers, en se plaçant, bien entendu, au seul point de vue de la logique et de l'utilité des malades et nullement au point de vue de l'étiquette.

(1) Nous détachons un des chapitres de l'*Hygiène nouvelle dans la famille* d'un membre de notre société, le Dr Cancalon. Nous voudrions que cette lecture inspirât le désir de propager, dans le public, le travail de notre confrère.

Ecorcher ou *peler*, c'est le nom qu'il emploie pour désigner une petite opération recommandée par lui, non seulement contre toutes les formes d'acné un peu graves et contre les éphélides, mais aussi contre les cicatrices superficielles qui restent après la petite vérole.

La durée d'un traitement est d'une semaine à peu près. On le répète une ou plusieurs fois, ou on ne le répète pas, selon le caractère et l'intensité de l'affection. Dans des cas d'éphélides une seule application suffit ordinairement. Si l'on fait usage de cette méthode contre les cicatrices, il faut répéter le traitement *aussi souvent que possible* pour atteindre le but : amoindrir, autant que faire se peut, la différence de couleur et de niveau entre les cicatrices et la peau saine. Dans les cas d'acné le nombre nécessaire des traitements successifs dépend de l'intensité de l'affection.

Toutefois, une expérience basée sur beaucoup de cas permet de confirmer qu'en peu de semaines on réussit par sa méthode à guérir les cas les plus graves et les plus rebelles d'acnés rosacés. Cependant dans ceux-ci il faut, avec une modification du thermocautère de Paquelin, appelé « Mikrobrenner », détruire, après chaque traitement, les petites veines dilatées.

L'opération se fait ainsi : plusieurs fois par jour on enduit la peau de la figure d'une pâte à l'oxyde de zinc, contenant 50 p. 100 de résorcine. Cela se répète pendant trois ou quatre jours, après lesquels la peau devient dure comme du parchemin, et des gerçures commencent à se montrer.

Alors le moment est venu de cesser l'application de la résorcine et de couvrir la peau d'un pansement spécial. Le pansement se compose d'une mixture qui contient de la gélatine, de la glycérine, de l'oxyde de zinc et de l'eau pure, qui s'applique toute chaude et qui, ensuite, est couverte d'un peu d'ouate pour éviter toute adhésion.

En peu de jours, l'ancienne couche d'épiderme se détache de la nouvelle ; après quoi elle peut être enlevée avec le pansement. Il est de grande importance de choisir bien le moment de l'application et de l'enlèvement du pansement. M. Unna nous avait averti que la probabilité de succès diminue si l'on cesse trop tôt l'application de la résorcine et qu'il peut en advenir une dermatite grave, si l'on applique trop longtemps la pâte ou si l'on enlève trop tôt le pansement.

Pendant le traitement, les malades ne peuvent pas se montrer. C'est un inconvénient qui les gêne beaucoup ; mais les malades se plaignent plutôt, au commencement, d'un peu de démangeaison et de chaleur, et ensuite d'un sentiment de tension et de rigidité. Tout ceci n'est pas bien sérieux. Cependant, les circonstances nommées peuvent causer beaucoup de peine au médecin lorsqu'il a affaire à des femmes nerveuses.

Souvent, dans les premiers jours, les malades ont l'urine un peu noirâtre ; cependant ce symptôme n'est jamais accompagné que de très légers troubles dans les fonctions. Nous devons répéter que jamais des troubles graves pendant le traitement ni des préjudices persistants n'ont été observés.

Dans les cas d'éphélides, le traitement est radical, il est vrai, mais l'amélioration n'est pas persistante si les malades se négligent après.

Nos mœurs modernes, les facilités de déplacement, sans parler du pensionnat et de la caserne, mettent dans notre vie beaucoup de décousu et d'imprévu sur ce point et sur bien d'autres. Une versatilité exagérée contribue encore à rendre complète l'incohérence de nos rapports avec la médecine.

Essayer de mettre quelque méthode dans la façon d'utiliser les ressources que nous offre l'art médical, n'est peut-être pas une tentative trop prématurée. J'ai déjà insisté sur l'utilité d'un livret de maladie qui contiendrait l'historique de tous les antécédents de son titulaire, memento utile pour lui et utile pour ses enfants, héritiers probables de sa constitution. Il servirait tout au moins à renseigner le médecin nouveau, que les circonstances imprévues obligent souvent à appeler, dans les cas où l'on ne peut recourir au médecin habituel.

Outre ce médecin ordinaire, attaché pour ainsi dire à la personne et à la famille, il est deux catégories de médecins auxquelles on a recours exceptionnellement et qui sont les consultants et les spécialistes.

Les consultants sont en général ceux qui, par leurs travaux, ont acquis une place élevée dans la hiérarchie scientifique, professeurs des Écoles, etc. Encore est-il un choix à faire parmi eux. Chacun a creusé son sillon particulier dans le vaste champ de la science et possède une compétence spéciale. Ce choix, il faut le confier au médecin traitant. La famille ne peut pas avoir la prétention de connaître mieux que lui, quel est, parmi ces maîtres justement réputés, quel est celui dont il peut attendre le plus de lumière sur le point qui l'embarrasse.

La famille fait sagement aussi de s'en rapporter à son médecin sur l'utilité de consulter un spécialiste quand il s'agit des yeux, des oreilles, du larynx et de quelques autres légitimes spécialisations, et sur le choix de ce confrère.

Elle a tout intérêt à procéder correctement. Le médecin consultant, spécialiste ou non, a besoin d'être renseigné, mis au courant de la situation et des antécédents par son confrère, et celui-ci, le médecin traitant, tirera souvent de cette conférence des lumières nouvelles. Et qui en profitera, si ce n'est le client ! n'est-il pas intéressé, tout le premier, à ce que celui qui aura peut-être demain sa vie entre les mains, soit renseigné le mieux possible sur sa consultation ? C'est donc une faute et non une habileté que de consulter en dehors de lui et à son insu.

Il est incontestable que dans la complexité croissante de la science, une division du travail est devenue nécessaire, qu'elle est le résultat des progrès accomplis et la condition des progrès futurs. Il n'est pas de spécialité qui n'absorbe un homme tout entier ; que dire de la grande chirurgie et de la médecine proprement dite ? Personne ne peut se flatter de tout savoir. Il faudra donc, en quelques circonstances, recourir à l'aide d'un consultant.

Mais il n'est pas moins certain que la consti-

Cependant, les éphélides une fois enlevées, il est facile de maintenir la peau dans une très bonne condition par l'application des lotions usitées (le sublimé, le naphtol, etc.).

CHIRURGIE PRATIQUE

Le massage dans le traitement des fractures.

Le traitement des fractures par le massage n'a jamais été accepté sans protestations par la généralité des chirurgiens, et quoique son origine paraisse bien ancienne, il a toujours passé, aux yeux de la majorité, pour dangereux ou pour indigne du corps médical. « Cela est bon pour les rebouteurs, pour les empiriques,» répondait-on chaque fois que la question était posée dans une Société savante. Et cependant, que pouvez-vous objecter aux personnes du monde qui vous citent quelque cure merveilleuse opérée par un rebouteur sur un malade que les médecins avaient jugé infirme, de ces guérisons en quelques jours d'entorses ou même de fractures que les médecins guérissent mal en deux mois ? Certes, nous savons combien il faut être prudent dans l'appréciation de prétendues guérisons opérées par des rebouteurs et qui aboutissent à une pseudarthrose, à une ankylose vicieuse, à une tumeur blanche. Mais il y a des faits indiscutables et par conséquent dignes d'attention. Il faut, surtout en médecine, savoir prendre partout où il y a du bon et du vrai ; que la théorie soit contraire aux résultats pratiques, peu importe ; il y a des cas où l'empirisme opère des résurrections et où la science avait avoué son impuissance.

D'ailleurs, tel n'est pas le cas du massage, qui est devenu parfaitement scientifique et dont les effets sont entièrement explicables par la théorie.

Aux allégations un peu légères que M. *Duplay* avançait l'année dernière dans une clinique que nous avons analysée (1) :

« Que dire du traitement sans appareil, par le massage et les mouvements dès le lendemain de l'accident, préconisé dans ces derniers temps pour les fractures du péroné, de la rotule et des extrémités osseuses en général ? Je crois que cette méthode est contre-indiquée parce que la guérison d'une fracture quelconque ne peut avoir lieu que par la formation d'un cal, et qu'il faut, par conséquent, laisser à la partie blessée le temps nécessaire pour cela. »

Nous répondrons par ces conclusions, que M. *Lucas-Championnière* lut à la Société de chirurgie en 1886, à l'occasion d'une relation de plusieurs observations de fractures du péroné traitées par le massage :

1° La consolidation peut se faire sans immobilisation absolue des fragments ;

2° Le fonctionnement complet d'un membre dépend beaucoup moins de l'intégrité absolue de son squelette que de celle des articulations voisines et des autres tissus.

Le Dr *Jawadski* a dernièrement fait des expériences fort concluantes sur la puissance des effets du massage, et ces expériences viennent confirmer et expliquer les résultats obtenus par M. Championnière. Voici les conclusions de ces expériences (Chronica Lekarzka ; *Wratch* 1892, n° 30) :

1° Le massage (frictions), dans la direction du

(1) *Concours médical*, 1892, page 400.

---

tution d'une personne est une, qu'elle est écrite dans chacun de ses organes, qu'elle peut se manifester tour à tour ou simultanément dans ses yeux, dans sa gorge, comme dans son cœur, comme dans sa poitrine. L'état de chaque organe éclaire l'ensemble et l'étude de l'ensemble donne des lumières sur l'état de chaque organe. La médecine des spécialistes ne doit pas divorcer avec celles des médecins proprement dits et ceux-ci ne doivent pas, ne peuvent pas répudier le concours des spécialistes. Le bien des malades veut qu'ils se prêtent un mutuel concours.

Vouloir les employer à l'insu les uns des autres, prétendre mener séparément la cure de ses yeux par celui-ci, la cure de ses bronches par celui-là, la cure d'un symptôme nerveux par un troisième, c'est la tendance de bien des familles. L'on croit à la médecine fragmentaire et l'on se trompe. D'autres, plus incohérents encore, consultent au gré des caprices, des impulsions, des occasions, tantôt l'un, tantôt l'autre et prétendent ensuite se diriger parmi les conseils contradictoires. D'autres ne s'arrêtent que lorsqu'ils ont trouvé un médecin qui leur a enfin conseillé ce qu'ils désirent qu'on leur conseille.

Il ne faut pas s'étonner si le charlatanisme et la réclame ont beau jeu dans un milieu aussi peu disposé à la discipline et à la méthode. A côté de la classe des praticiens sérieux, honnêtes, appliqués à un labeur professionnel incessant, il y a toute une catégorie de spéculateurs. Leur but est d'arriver à la fortune rapidement en exploitant la crédulité des malades, et leur moyen est la réclame.

Regardez à la quatrième page de votre journal, et vous verrez là des annonces, à tant la ligne, promettant des guérisons merveilleuses. Les unes émanent de médecins, hélas ! Les autres de gens qui ne sont même pas médecins. Peu importe. L'appât est grossier, mais le peuple le plus spirituel du monde y mord avec assez de naïveté, pour que le procédé soit infaillible.

La plupart des journaux prêtent également, mais à des tarifs bien plus élevés, leur première page, à ces réclames. Mais alors tout l'art du rédacteur consiste à donner l'impression de la bonne foi et du désintéressement : deux choses absolument absentes du reste de cette littérature vénale et menteuse. Ces articles d'apparence sérieuse sont destinés à tromper les lecteurs trop expérimentés pour se laisser prendre à la simple annonce de la quatrième page, ou à la banale affiche des rues.

Et ces panacées que la réclame payée préconise partout et qui tomberont demain dans un oubli complet, quand les spéculateurs jugeront la veine épuisée et le public suffisamment rançonné, ces remèdes qu'on lance, comme on lance à coups de prospectus un placer hypothétique, ou des actions devant rapporter 75 %, trouvent non seulement des acheteurs, mais des prôneurs. Il se produit, sous l'influence de ces réclames à jets continus, des effets de suggestion remarquables.

cœur, accélère la résorption des substances liquides introduites sous la peau ;

2° La résorption se fait d'autant plus rapidement que le massage dure plus longtemps ;

3° La quantité de liquide injecté n'a pas de grande influence sur la rapidité de la résorption pendant le massage ;

4° L'anesthésie des nerfs sensitifs périphériques à l'endroit de la piqûre n'a aucune influence sur la rapidité de la résorption sous l'influence du massage ;

5° De même, la section du nerf moteur n'a aucune influence sur la rapidité de la résorption ;

6° Le massage produit une dilatation des vaisseaux sanguins de l'organe massé.

Les effets du massage sur la résorption ne dépendent pas d'une constriction, ni d'une dilatation des vaisseaux sanguins, par suite d'une irritation des nerfs sensitifs périphériques. Le massage ne peut donc avoir que des effets mécaniques. Il produit mécaniquement une dilatation des vaisseaux sanguins et chasse le sang de l'organe massé dans la circulation générale, et c'est ainsi qu'il contribue à une résorption plus rapide.

I.

Le massage a été appliqué pour la première fois volontairement dans le traitement des fractures par Bourguet et Dubreuilh (1874) ; depuis, le massage dans les fractures a été l'objet de nombreuses études à l'étranger et principalement en Allemagne. Au Congrès de chirurgie français de 1885, M. Tilanus, d'Amsterdam, préconise le massage pour les fractures de la rotule et apporte des observations de malades traités par l'ancienne méthode et par la nouvelle. Dans le premier cas, le traitement a duré en moyenne cinq mois, les mouvements du genou sont défectueux ; enfin l'écartement des fragments est considérable. Dans le deuxième cas, au contraire, le traitement a duré quarante-un jours, l'écartement des fragments est peu considérable ; enfin les mouvements de l'articulation sont normaux.

M. Lucas-Championnière, en 1886, fit de nombreuses applications du massage aux fractures du péroné.

Un peu plus tard, MM. Terrier et Reclus rapportent aussi des cas de fractures du péroné massées avec succès.

Nous donnerons d'abord de brèves indications sur la technique du massage qui est relativement facile, et, cependant, généralement mal connue ; nous verrons ensuite à quel genre de fractures il convient le mieux, et quels sont les résultats obtenus.

Dans un récent article de la *Pratique médicale* (1893, n° 5), M. le Dr *Descourtis* expose très clairement les principes élémentaires du massage :

« Le masseur, dit-il, doit être simplement d'une force moyenne. Jamais même il ne se servira de cette force au hasard et se gardera bien de provoquer de la douleur. En effet, deux écueils sont à éviter : *la douleur* et *le chatouillement*. On a toujours tendance, quand on commence à pratiquer le massage, à exercer des pressions énergiques sur les tissus, à les pétrir et à les malaxer dans tous les sens, comme si l'effet utile était en rapport avec la force déployée. C'est une grave erreur. Un certain nombre de massages seraient impossibles dans ces conditions, le patient ne les supporterait pas, et dans

---

Vous entendrez des gens, sérieux du reste sous d'autres rapports, s'extasier sur le purgatif ou le dépuratif que leur offre leur journal, et faire preuve d'un prosélytisme digne d'une meilleure cause.

Vous penserez alors, je l'espère, aux vers du fabuliste :

« L'homme est de feu pour les mensonges,
Il est de glace aux vérités. »

Une seule chose peut sauver le malade de toutes ces embûches tendues à sa bonne foi, de ces calculs fondés sur son impatience de guérir, c'est, ayant donné sa confiance à un homme du métier, de s'en tenir à lui. Il faut lui faire le même crédit dans les choses de sa profession qu'on fait à un architecte pour des plans, à un notaire pour des actes, à un maçon pour de la maçonnerie. Voilà ce que le bon sens nous conseille, et avec plus de raison encore dans les choses de la médecine, parce qu'elles sont plus compliquées, et plus délicates. Est-ce pour cela que tout le monde en parle à tort et à travers ?

Le praticien, lui, trouve son devoir moins aisé, il a beau être rompu à l'exercice quotidien de son art, vous le verrez toujours, si vous lui demandez un avis, vous interroger longuement, méthodiquement réfléchir, se décider avec prudence. Je veux terminer cette causerie en vous demandant de l'aider dans cette tâche, et voici comment. Préparez-lui des renseignements précis et positifs. Ne lui apportez que des faits et non des explications. Le moindre fait, tout nu, lui vaudra mieux que toutes les théories que vous aurez bâties là-dessus, mais ne craignez pas de lui donner des faits, c'est-à-dire de lui raconter vos sensations, de fixer les dates et de faire un récit, qui soit conforme à la succession des faits.

En général, le malade est frappé d'un symptôme ou d'une idée et laisse souvent de côté les renseignements les plus importants. Toutes les questions qui ne se rapportent pas directement à l'objet de sa préoccupation lui paraissent oiseuses. Vous consultez pour un mal de tête qui vous incommode ; ne pensez pas qu'il suffira de dire, j'ai mal à la tête, et d'ajouter : que faut-il faire ? Vous devez vous attendre à être interrogé sur toutes les fonctions principales, car c'est dans le trouble de quelqu'une de ces fonctions que réside probablement la cause première de ce mal de tête. Il faut y réfléchir d'avance et s'observer assez soi-même pour avoir prêtes les réponses.

Je voudrais même que lorsque le malade consulte pour la première fois un médecin, il préparât lui-même une note, une fiche, qu'il lui remettrait et par laquelle il lui donnerait tous les renseignements essentiels à connaître. Cette fiche pourrait rester aux mains du docteur qui n'aurait qu'à la compléter, pour avoir une notice très utile à consulter.

Docteur Gancalon
(de Charenton).

d'autres cas, on provoquerait des accidents plus ou moins graves. De tous ces accidents, les plus communs et les moins dangereux, pour leurs suites, sont les ecchymoses. Chez les sujets aux tissus mous, chez certaines femmes en particulier, et chez ceux dont les vaisseaux sont friables, comme les vieillards, on provoque avec la plus grande facilité ces extravasations sanguines. Elles n'offrent guère de caractères inquiétants, mais suffisent pour faire abandonner le massage par les malades et pour affirmer l'incapacité de l'opérateur.

Quant au *chatouillement*, il provient, au contraire, de la préoccupation que l'on a de ne pas faire de mal. Les mouvements sont indécis, la main et les doigts s'appliquent imparfaitement sur les tissus, et il en résulte un agacement qui rend le massage impraticable ou tout au moins très pénible. On doit l'éviter avec non moins de soin que la douleur.

La plupart des mouvements que comporte le massage sont des mouvements de glissement de la main sur les tissus. Aussi s'est-on préoccupé de faciliter ce glissement en enduisant d'un corps gras les parties à masser. On se sert, pour cela, d'huile, d'axonge ou de vaseline. La vaseline blonde est plus onctueuse, mais elle a l'inconvénient de faire sur le linge des taches indélébiles. On doit lui préférer la vaseline blanche. Quelques masseurs y incorporent un principe aromatique ou bien de l'acide borique ou de la belladone, mais, en général, c'est inutile et la vaseline seule suffit. — Après le massage on peut débarrasser la peau de cet enduit gras au moyen de l'alcool ou de l'eau de Cologne en frictions légères. Au lieu d'un corps gras, on peut employer la poudre de talc, mélangée de poudre d'amidon, aromatisée ou non. Cette poudre a l'avantage de ne laisser aucune trace désagréable sur la peau. »

Le masseur doit se placer dans la position la plus commode, debout ou assis, toujours plus élevé que le patient.

M. Delagénière, dans son mémoire à la Société de médecine d'Angers, donne encore d'excellents conseils que nous ajouterons à ceux de M. Descourtis :

« 1° Il faut, autant que possible, éviter des mouvements au niveau des fragments pendant que l'on masse le malade. On lui épargne ainsi des douleurs assez vives parfois, et l'on évite plus sûrement la rupture de petits vaisseaux voisins de la fracture, ce qui viendrait, pendant quelque temps, augmenter l'épanchement, et, par suite, retarderait le bénéfice des manipulations ;

2° Il faut immobiliser les fragments après le massage dans un appareil amovo-inamovible, toutes les fois que le déplacement des fragments pourra se produire (fracture siégeant sur les diaphyses) ;

3° Le jeu normal des articulations voisines de la fracture sera surveillé avec le plus grand soin. On évitera ainsi complètement les roideurs articulaires si préjudiciables au malade. Or, ces roideurs sont plus graves que la fracture elle-même. Qu'on se rappelle seulement les cas cités par Malgaigne, où des raideurs consécutives à la fracture du col du fémur ont duré quatre, sept et même vingt ans. Astley Cooper n'est pas beaucoup plus encourageant lorsqu'il nous parle en ces termes de la fracture de l'extrémité inférieure du radius : « Il peut s'écouler six mois avant que les doigts aient repris leur mobilité » ;

4° Enfin, on devra, autant que possible, entretenir la vitalité fonctionnelle des muscles et des autres tissus, en faisant exécuter des mouvements au malade.

Pour tenir les fragments immobiles pendant le massage, on se sert de coussins de sable fin et sec, de formes variées selon la région, allongés et cylindriques, ou carrés comme de petits oreillers. »

Le massage comprend diverses manipulations que l'on peut diviser en *frictions* et *pétrissage*, auxquels il faut ajouter les *vibrations*.

1° Frictions : Frictions légères ou *effleurage* et *frictions* énergiques avec la main ou le gant de crin. Seul l'effleurage est utilisé dans le traitement des fractures :

« *L'effleurage* consiste à passer légèrement la face palmaire de la main ou la pulpe des doigts sur la région que l'on veut masser. Il s'opère d'un mouvement lent et régulier, et a pour but d'agir sur les terminaisons nerveuses, d'émousser la sensibilité par des sollicitations monotones et répétées, et d'amener ainsi la sédation générale ou locale de la sensibilité.

« L'effleurage se fait dans tous les sens, de haut en bas, bas en haut ou circulairement. Dans la majorité des cas, il ne porte que sur des points assez limités des téguments, au niveau d'une entorse par exemple, d'une arthrite ou d'une fracture. On se sert alors de la face palmaire du pouce que l'on promène circulairement sur la région malade, pour gagner peu à peu les parties voisines. Quand la sensibilité est exaltée, comme dans une entorse récente, le pouce doit à peine toucher la peau, et ce n'est que lorsque le patient a repris confiance, lorsqu'il s'aperçoit qu'il peut supporter le contact de la main du masseur, c'est alors qu'on arrive à l'effleurage vrai, pour terminer même par du pétrissage. Il faut donc toujours commencer le massage par des manipulations douces, qui ont pour but de tranquilliser le malade et d'établir une sorte de sympathie physique et morale entre l'opérateur et lui. Par conséquent, le masseur doit avoir la main à une température normale et non trop froide, pour ne pas causer d'impression désagréable (1). »

On doit : Exercer les pressions de l'extrémité du membre vers la racine, pour favoriser la circulation du retour ;

Exercer les pressions sur les endroits où se trouvent les gaines vasculaires, parce, qu'on hâte ainsi la diffusion et la résorption des liquides épanchés ;

Eviter le trait de la fracture, qui est presque toujours le siège d'une vive douleur ;

Chercher à faire disparaître certains points douloureux, s'il y en a, en exerçant de petits frottements et malaxations spéciaux.

2° Pétrissage. — « On a l'habitude de faire le pétrissage de bas en haut, dans le centre de la circulation veineuse. On estime que l'on fait ainsi rentrer plus facilement dans le torrent circulatoire les matériaux de dénutrition et les exsudats pathologiques dont on veut débarrasser les tissus. Selon nous, le sens du massage

(1) Descourtis. *Pratique médicale*, 1893, n° 5.

Questionnaire à remplir, à affranchir et à nous adresser.

NOUVEL APPEL A NOS LECTEURS

Le Questionnaire, auquel nous attachons un si grand prix, est parvenu à nos confrères, le 28 janvier. Aujourd'hui, 16 février, nous n'avons encore reçu que 630 réponses.

Nous adressons ce nouvel appel aux retardataires sous la forme d'encartage, qui est la plus économique, en vue de ménager les ressources de la Société.

Dans 2 semaines, nous écrirons, *sous enveloppe ouverte*, à ceux qui, pour des motifs quelconques se seront encore abstenus.

Enfin et *en dernier ressort*, malgré les frais considérables qui en résulteront, le Conseil de direction a décidé qu'*une lettre fermée* serait adressée à tous les Membres du Concours qui n'auront pas satisfait à notre bien légitime désir.

Nous espérons qu'on voudra, en remplissant et nous envoyant immédiatement ce questionnaire, nous éviter tout ce travail, et à la *Société du Concours* toutes ces dépenses. Nous remercions les Confrères qui nous ont répondu. Ils sont assurés de contribuer à une œuvre profitable à tous.

Imprimerie du *Concours médical.* — Daix frères, Clermont (Oise).

Ne doit être rempli que par les Médecins qui n'ont pas encore répondu.

QUESTIONNAIRE

Remplir les formeroi...

MORTALITÉ

Nom, prénoms ______________________

Age ______________________

Résidence ______________ *département* ______________

arrondissement ______________ *canton* ______________

Membre du Concours depuis l'année ______________

Depuis combien d'années exerçait-il la médecine ? ______________

Connaissez-vous la Caisse des pensions de retraites du Concours médical ?

____

Désirez-vous les statuts de cette caisse ? ______________

Ne doit être rempli que par les Médecins qui n'ont pas encore répondu.

stionnaires qui
iers séparés

QUESTIONNAIRE

MORBIDITÉ

Nom, prénoms, ________________________________

Age ________________________________

Résidence ________________ *département* ________________

Membre du Concours depuis l'année ________________

Depuis combien d'années exercez-vous la médecine? ________________

Combien de fois avez-vous été malade? ________________

De maladie aiguë ________________

Combien de jours, chaque fois, avez-vous été incapable d'exercer votre profession? ________________

De maladie chronique ________________

Combien de jours, chaque fois, avez-vous été incapable d'exercer votre profession? ________________

D'accident ________________

Combien de jours, chaque fois, avez-vous été incapable d'exercer votre profession? ________________

En principe, et sans aucun engagement de votre part, seriez-vous disposé à faire partie d'une œuvre d'indemnité de maladie? ________________

____

Le CONCOURS MÉDICAL

23, Rue de Dunkerque,

PARIS

Réponse au questionnaire mortalité et morbidité.
Le lecteur n'aura qu'à remplir et affranchir à 0.15 centimes.

a rarement l'importance qu'on veut bien lui attribuer ; mais, afin de ne pas passer pour un ignorant dans la matière, il est préférable de se conformer à cette règle généralement admise.

« Le *pétrissage* se pratique le plus souvent avec la face palmaire du pouce, ou bien, lorsqu'il faut déployer une grande force, avec les parties saillantes des éminences thénar et hypothénar. Le pétrissage, fait avec le pouce, consiste dans des pressions et des mouvements de circumduction et de latéralité. Il s'applique à tous les cas où il faut désagréger les exsudats, pour les faire rentrer dans la circulation, ou bien lorsqu'il s'agit de pénétrer profondément dans les interstices musculaires ou dans des points difficilement accessibles d'articulations malades. »

La pression, exercée méthodiquement par la tête saillante du 2e métacarpien du masseur, quand le membre est pris à pleine main, est applicable dans presque tous les cas, car elle exerce un *foulage* très énergique et très efficace.

3° Vibrations. — Exercées soit avec la main, soit avec des percuteurs en caoutchouc (méthodes allemandes), les vibrations sont surtout applicables aux muscles situés dans le voisinage non immédiat de la fracture, et ayant une tendance à l'atrophie.

Elles consistent dans des *tapotements et des claquements* produits principalement avec le bord cubital de la main, et ne sont généralement appliquées qu'après la consolidation du cal, pour aider la réparation et la nutrition des masses musculaires.

Un complément fort important du massage dans le traitement des fractures des membres est l'exécution quotidienne et méthodique de mouvements dans les articulations voisines, toujours avec *grande douceur et sans secousses*, afin d'éviter toute raideur consécutive.

Nous terminerons cette étude des procédés de massage par la description des appareils amovibles tels que les applique M. Delagénière. On emploie des gouttières plâtrées ordinaires, aussi légères que possible ; on arrive avec de bon plâtre à avoir des appareils assez solides pour une fracture de jambe avec huit épaisseurs de tarlatane, et pour une fracture de l'avant-bras avec six épaisseurs seulement.

Mais la principale indication à remplir par ces gouttières, c'est de pouvoir être facilement enlevées et remises en place. Pour cela, les poils de la jambe sont rasés avec soin, et l'appareil taillé sur mesure *sur le membre lui-même*, et de telle façon que nulle part la gouttière n'embrasse pas plus de la moitié de la circonférence du membre. Du côté du genou, l'appareil est arrêté au-dessous de l'interligne articulaire. Du côté du pied, l'articulation tibio-tarsienne seule est prise, le plâtre ne dépassant pas les extrémités antérieures des métatarsiens.

Le plâtre ainsi préparé est alors appliqué comme d'ordinaire et maintenu avec une bande de toile méthodiquement serrée depuis les orteils jusqu'au genou. Le membre est ainsi laissé tranquille jusqu'au moment jugé propice pour la deuxième séance de massage. Et après chaque séance, si l'appareil est conservé, on le rapplique de la même façon.

S'il s'agit d'une fracture d'avant-bras, la gouttière sera faite de la même manière, le coude sera laissé libre et le poignet ne sera immobilisé que si la fracture siège fort bas.

La durée des séances de massage est habituellement d'un quart d'heure à vingt minutes et leur nombre généralement d'une séance par jour.

II

On peut appliquer le massage à toutes les fractures du tronc et des membres, non compliquées. Au début, on ne l'a tenté que dans les fractures juxta-épiphysaires, principalement dans les fractures du péroné ; mais dans le mémoire de M. Delagénière, nous trouvons déjà de nombreux cas de fractures du radius, de la clavicule, de l'extrémité supérieure de l'humérus, guéris rapidement par le massage combiné avec la gouttière amovo-inamovible. Les fractures bimalléolaires de Tillaux sont aussi justiciables de ce mode de traitement. Voici les résultats obtenus : une fracture du radius convenablement massée, guérit avec un petit plâtre en 15 jours, sans raideurs, ni douleurs consécutives ; une fracture de jambe au 1/3 inférieur, guérit en 39 jours, avec un plâtre pendant 25 jours, une fracture de clavicule, guérit sans raideurs en 15 jours, avec une légère immobilisation dans une écharpe de Mayor et des séances quotidiennes de massage. On obtient quelquefois des succès beaucoup plus éclatants encore, mais qui sont exceptionnels. Nous avons ainsi guéri complètement en 15 jours plusieurs fractures du péroné, sans appareil. Les malades pouvaient marcher sans douleur, dès la 5e ou la 6e séance de massage.

Les fractures de côtes seraient aussi très rapidement consolidées et indolentes si l'on pratiquait régulièrement le massage de la région.

Dans les fractures du fémur, ou de l'humérus, on pourrait, croyons-nous, avec l'appareil d'Hennequin, retirer un grand bénéfice de massages quotidiens bien faits, tant au point de vue de la rapidité de consolidation du cal, qu'au point de vue de la souplesse consécutive des mouvements du membre.

Ajoutons que, dans tous les cas où les fractures s'accompagnent de déplacement considérable, il faut naturellement réduire, appliquer un appareil inamovible pendant une quinzaine de jours, en ayant soin de pratiquer le massage sans enlever l'appareil; puis au bout de ce temps, retirer chaque jour la gouttière et procéder à un massage plus complet.

L'immense avantage du massage dans les fractures est d'entretenir la vitalité du membre blessé, d'empêcher les atrophies des muscles et les raideurs des articulations, en un mot, de permettre au malade de se servir *complètement* et *sans aucune douleur* du membre blessé, dès que la consolidation du cal est suffisante. Comparez un peu les résultats du massage et ceux des appareils inamovibles. Une jambe ou un bras immobilisé pendant un mois, dont la fracture est entièrement consolidée, peut-il servir immédiatement au sujet comme avant la blessure ? Combien de temps encore vont durer les raideurs et souvent aussi les douleurs ? Généralement l'impotence dure bien encore au moins autant de temps, avant le retour parfait des mouvements. Avec le massage, le cal se forme

au moins aussi rapidement et, après sa consolidation, les mouvements articulaires s'exécutent entièrement. On pourrait faire ressortir encore les avantages du massage dans les fractures, en disant que cette visite quotidienne, cet examen répété du membre, nécessité par la séance de massage, permettra toujours d'éviter ces désastres formidables de consolidation dans une attitude vicieuse, et de sphacèle des tissus par compression trop prolongée de l'appareil (fractures du radius et de l'avant-bras, surtout).

Le massage a encore l'avantage de faire grand plaisir au malade, d'abord parce qu'il calme rapidement les douleurs, ensuite parce que le traitement est plus actif et plus intéressant que le séjour forcé dans un appareil souvent gênant et lourd, et qui ne permet pas de se rendre compte des progrès de la guérison.

Maison, *Thèse*, Paris 1886 ; — Metge, *Thèse*, Bordeaux 1887 ; — Berne, *Technique du traitement des fractures par le massage* (Revue générale de clinique et thérapeutique, 30 juin 1887) ; — Masse (Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux), 3 juillet 1887 ; — Verchère, *Fractures et massage* (Gazette des hôpitaux, revue générale du 5 novembre 1887) ; — Lapervenche, *Thèse*, Paris 1887, *Massage dans les fractures juxta-articulaires* ; — Verchère, *Traitement de quelques fractures juxta-articulaires* (Gazette des hôpitaux, 21 janvier 1888, revue générale) ; — H. Delagénière, Traitement des fractures par le massage (Mémoire à la Société de Médecine d'Angers, 26 février 1888) ; — Castex, Revue générale de la Gaz. des hôp. 1891.

Dr Paul HUGUENIN.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Quelle doit être la conduite du médecin consulté par une nourrice au sujet d'un nourrisson qui lui est confié ?

M. le professeur Fournier a magistralement traité cette question si délicate dans son enseignement à l'hôpital Saint-Louis et l'a résolue de la façon suivante :

Deux cas peuvent se présenter.

Premier cas : Une nourrice, de la campagne, ayant remarqué des symptômes suspects chez l'enfant qu'elle allaite et dont la famille est absente, demande conseil au médecin de la localité. Celui-ci doit sans hésitation :

a) Examiner l'enfant ;

b) S'il est atteint de syphilis, prescrire le traitement, ordonner de cesser l'allaitement, prévenir soigneusement la femme des dangers de contagion multiples que le nourrisson, même sevré, fera courir à son entourage.

Par contre, sans se soucier de l'interprétation qu'on peut donner à ses réticences, il ne devra :

Ni donner la raison pour laquelle il fait cesser l'allaitement ;

Ni révéler le diagnostic de la maladie ;

Ni l'inscrire sur le livret de la nourrice.

Et cela, parce qu'en révélant d'une façon quelconque la maladie de l'enfant il n'ajouterait rien à la préservation de la nourrice, et que, d'autre part, il révélerait du même coup la syphilis des parents dont le secret lui est rigoureusement imposé.

Deuxième cas : Une nourrice sur lieu, c'est-à-dire résidant dans une famille, a remarqué chez l'enfant des boutons suspects et vient demander s'il y a danger pour elle à continuer l'allaitement.

Refuser de donner la consultation, conseiller à la nourrice d'aller chercher la famille de l'enfant ou de provoquer une consultation du médecin de la famille, c'est l'exposer d'une façon certaine à la contamination. Cette femme, en effet, sait bien que la famille ne consentira pas à se soumettre à une semblable injonction, elle se résignera, patientera, et courra droit à la vérole.

Examiner l'enfant, et s'il est syphilitique, déclarer à la nourrice le danger qui la menace, est donc le seul parti que doive prendre ici le médecin.

Mais d'autre part il ne doit :

Ni donner le diagnostic de la maladie de l'enfant ;

Ni délivrer d'ordonnance pour celui-ci ;

Ni délivrer de certificat à la nourrice ;

Attendu que : *a*) La connaissance de la maladie est inutile à la préservation de la nourrice ; *b*) Qu'il n'a pas le droit de dire le nom de la maladie de l'enfant, puisque ce serait révéler la maladie des parents dont il a eu connaissance dans l'exercice de sa profession ; *c*) Le certificat n'aurait rien à voir avec le but poursuivi, et pourrait être exploité par la nourrice comme moyen de chantage ou d'intimidation envers la famille du nourrisson. (*La Médecine mod.*, 7 janv. 1893.)

Médecine publique

Règlement des sages-femmes en vigueur en Alsace-Lorraine d'après le paragraphe 5 de la loi du 25 mars 1889.

ARTICLE 1er. — Règlement général.

I. — La sage-femme, avant d'entrer en pratique, doit se présenter chez le Médecin de l'arrondissement, lui indiquer son domicile et lui montrer les appareils obligatoires et ses certificats.

a. Son diplôme.
b. Son livre d'études.
c. Les instruments et les appareils obligatoires.
d. Un journal quotidien.
e. Un exemplaire de l'ordonnance des sages-femmes.

Quand une sage-femme quitte par hasard son premier domicile pour aller s'établir dans une autre localité d'un autre arrondissement, elle est obligée de remplir les mêmes formalités, comme si elle entrait pour la première fois en pratique.

II. — Chaque sage-femme, pour exercer sa profession, doit posséder les instruments et appareils suivants :

1. Un irrigateur de la contenance de 1 litre avec robinet et des tuyaux en caoutchouc de 1 mètre à 1 mètre 1/2 de longueur exacte à adapter.
2. Deux canules à injections en verre.
3. Une canule en étain pour l'anus.
4. Une petite seringue pour enfants.
5. Des ciseaux à manches recourbés pour couper la ficelle du nombril.
6. Quelques petites bandelettes de lin de la longueur d'une main et de l'épaisseur d'une paille.
7. Un cathéter en cuivre blanc.
8. Un cornet acoustique (stéthoscope).
9. Une très bonne brosse à mains et à ongles, une lime à ongles et un morceau de savon.

10. Un paquet d'ouate salicylée.
11. Un thermomètre pour le corps et pour les bains.
12. Des petits flacons bien fermés et bien étiquetés contenant du vinaigre aromatique, de la teinture de cannelle et des gouttes d'Hoffmann.
13. Un petit flacon de 200 grammes de créoline ou de lysol bien étiqueté, pour l'usage externe seulement, et à employer très *dilué*.
14. Une petite mesure pour mesurer la quantité de 10 et 20 grammes de créoline ou de lysol.
15. Un petit pot contenant de la vaseline boriquée à 4 %.
16. Un tablier et un essuie-mains propres.

III. — Ces appareils et instruments ci-dessus énumérés doivent être tenus avec grand soin en bon état, et être nettoyés avant et immédiatement après l'emploi.

Ce nettoyage doit être fait devant l'accouchée ou devant les personnes qui se trouvent présentes lors de l'accouchement.

Le nettoyage des instruments nos 2, 3, 5 et 7 doit se pratiquer à l'aide de la cuisson (proprement les essuyer et soigneusement les remettre dans leurs écrins respectifs).

IV. — La sage-femme doit inscrire dans son journal les accouchements les uns après les autres, y compris les accouchements avant terme.

ÉCHANTILLON DU JOURNAL

N°	
Jour de l'accouchement.	
Nom, demeure et âge de l'accouchée.	
Combien de fois a-t-elle accouché ?	
Position de l'enfant pour l'accouchement.	
Sexe de l'enfant.	
L'enfant est-il venu au monde mort ou vivant ?	
Relevailles — Pour mère.	
Relevailles — Pour enfant.	
Si l'accouchement a été fait à l'aide du médecin et son nom ?	
Quelle est la substance à désinfection qui a été employée ?	
Observations.	

V. — Sur la demande du Médecin de l'arrondissement et du Médecin cantonal de l'endroit, la sage-femme est obligée de présenter ses instruments, ses appareils et son journal. Ces Médecins ont le droit d'écrire dans le journal les observations qu'ils jugent à propos.

VI. — Avant et durant les accouchements, la sage-femme doit suivre exactement ses instructions et prescriptions fidèlement, sans rien y modifier ; pour un changement quelconque, elle est obligée d'en référer au Médecin de l'arrondissement.

VII. — Si la présence du Médecin est nécessaire pour l'accouchement, elle doit y pourvoir sans retard et se soumettre à ses réflexions et ses volontés. De même, elle n'a pas le droit de *nommer* le Médecin, ni de *décider* sur le choix du Médecin.

VIII. — La sage-femme ne doit pas non plus habiller les morts (il lui est sévèrement défendu de les toucher).

Les médicaments qu'elle emploie doivent être donnés avec beaucoup de réserve ; il est d'ordonnance d'en rendre compte au Médecin en cas de complications.

10 grammes de créoline ou de lysol sont mis dans 1 litre d'eau ; puis, avec la mesure indiquée plus haut, on prend 10 grammes de ce mélange et on l'ajoute à 1 litre d'eau pour désinfecter.

Art. 2. — La sage-femme doit éviter toute personne qui est atteinte d'une maladie contagieuse. S'il existe des maladies contagieuses, comme rougeole, croup, diphtérie, petite vérole, cholérine, typhus, maladie vénérienne, abcès, cancer, phtisie pulmonaire, elle doit prévenir son Médecin et le Médecin d'arrondissement.

Art. 3. — Si la tête de l'enfant ne se présente pas à l'accouchement, elle a le droit de demander l'assistance du Médecin. Il est défendu à une sage-femme d'employer elle-même le forceps. Quand l'enfant est venu au monde, elle est obligée de laver soigneusement les parties de l'accouchée avec de l'eau tiède, munie de ouate ou jute.

Art. 4. — Elle doit soigner l'accouchée pendant neuf jours, lui laver avec de l'eau tiède les parties et vérifier la température, qui ne doit pas dépasser 38°5 centigrades, sans cela elle doit appeler un Médecin.

Art. 5. — Il est d'urgence de laver les yeux du nouveau-né avec de l'eau tiède et de vérifier s'ils sont en bon état, sans cela la présence du Médecin est nécessaire pour examiner attentivement l'état du nouveau-né.

Le bain que la sage-femme fait prendre au nouveau-né ne doit pas dépasser 34 à 35° centigrades.

Art. 6. — Le sous-préfet ou le directeur de la police sont obligés de prévenir les anciennes sages-femmes de tâcher de se procurer les instruments désignés plus haut. Quant au journal, vu leur âge ou la faiblesse de leur vue, elles en sont dispensées.

Toute sage-femme qui ne respectera pas le présent règlement et qui ne se pourvoira pas des objets prescrits sera punie d'une amende de 100 marcs et au-dessus. (Ministère de l'intérieur.)

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de Douai et de la région.

22 *Décembre* 1892.

Présents : MM. Sockeel, président, Pollet, secrétaire, Doude, Monnier, Lambilliotte, Desmou-

lin, Wigniolle, Frey, Selle, Plet, Lenne, Duflos, Buisson, Vandamme, Deltombe, Vallée, Houriez, Legrain, Defossez.

Excusé : M. Thiery.

Le Président expose que, depuis la dernière réunion, un fait capital pour le Corps Médical s'est produit ; la loi Chevandier a été votée et promulguée. Il fait ressortir l'importance que cette loi aura pour nous tous médecins qu'elle met sur le même pied d'égalité, et dont elle sauvegarde les intérêts.

Le secrétaire donne lecture du procès-verbal de la dernière séance, qui est adopté.

M. *Pollet* expose le résultat de sa mission auprès de l'Union des Syndicats, fait ressortir les avantages que procurera la modification apportée aux statuts, surtout en ce qui a trait à la représentation accordée aux syndicats. Il expose les conclusions des diverses questions traitées ; ces conclusions sont approuvées par l'Assemblée.

Dans sa dernière séance, l'Assemblée avait chargé le bureau d'exposer à M. le sous-préfet les doléances des Médecins des Bureaux de Bienfaisance. Le secrétaire donne à l'Assemblée lecture de la réponse de ce fonctionnaire.

J'ai l'honneur de vous accuser réception de la lettre que vous m'avez adressée, au nom du syndicat médical de Douai, pour me prier d'intervenir auprès des Commissions administratives des bureaux de bienfaisance, afin d'obtenir de celles-ci qu'elles ne portent sur la liste des indigents que les personnes se trouvant, en cas de maladie, dans l'impossibilité de payer les honoraires du médecin et les médicaments.

Vous indiquez en outre que le médecin doit être appelé, avec voix consultative, lors de la confection de la liste des indigents et ses observations consignées dans une colonne ad hoc. Je n'ai trouvé, dans les lois organisant ces établissements de bienfaisance, aucun texte qui édicte cette obligation de convoquer le médecin.

Je pense du reste que la nouvelle loi sur l'assistance publique, qui sera vraisemblablement votée au cours de la présente législature, rend la question moins intéressante. Je suis néanmoins tout disposé, si le syndicat le juge utile, à rappeler aux administrations charitables la nécessité de n'accorder l'assistance médicale qu'aux véritables indigents, la justice ne permettant pas d'imposer aux médecins de bienfaisance une charge préjudiciable à leurs droits en étendant outre mesure le bénéfice de la gratuité.

Veuillez agréer, etc.

Le Sous-Préfet,
Signé : BONNEROT.

L'Assemblée témoigne sa satisfaction de ce résultat ; et, sur la motion de M. Deletombe, décide que le bureau, en remerciant M. le sous-préfet, réclamera de lui l'envoi dudit avertissement, et le priera d'exiger des administrations de bienfaisance que *chaque année*, la liste des indigents soit remise au médecin qui, ne la recevant jamais, n'a aucun moyen de contrôler les assertions des malades qui se déclarent inscrits, et se voit dans l'obligation de s'en rapporter à leurs dires.

Le secrétaire expose que le *livre de renseignements* (Livre noir) est à la veille d'être terminé. Il demande à l'Assemblée quel devra être le mode d'opérer pour que chaque médecin reçoive la liste des clients mauvais payeurs. L'Assemblée décide que le secrétaire établira cette liste, par commune, et transmettra à chaque membre qui en fera la demande la liste des communes dont on lui réclamera la communication. L'Assemblée estime en effet qu'il n'est pas nécessaire de transmettre au médecin la liste des communes situées en dehors de son parcours.

M. *Buisson* soumet au vote de l'Assemblée le projet de règlement qu'il a élaboré, concernant les rapports des médecins des Bureaux de Bienfaisance, Sociétés de Secours Mutuels, Compagnies, Usines, etc., avec leurs confrères.

Article 1er. Tout malade ou blessé, inscrit à un bureau de bienfaisance, membre d'une Société de secours mutuels, ou attaché à un établissement ayant un service médical, a le droit d'appeler, à ses frais, un médecin étranger à la Société à laquelle il appartient, et le médecin demandé a le droit de soigner ce malade.

Article 2. Dans ce cas, il devra en avertir son confrère par lettre qui servira à celui-ci de preuve si, plus tard, par mauvaise foi, le malade l'accusait de négligence ou de refus de soins.

Article 3. Le médecin du Bureau de Bienfaisance, Usine, Compagnie, etc., pourra visiter, ou faire venir à sa consultation le malade, au point de vue administratif, mais devra ne pas intervenir dans le traitement, et s'abstenir de toute réflexion malveillante à cet égard.

Article 4. La même règle de conduite est applicable aux médecins d'un bureau de bienfaisance ou d'une Compagnie ayant plusieurs circonscriptions médicales, le médecin étant considéré, en dehors de son district, comme un médecin étranger. Quant à son droit de signer des bons de médicaments ou d'incapacité de travail, c'est une affaire qui regarde l'Administration de laquelle il est le médecin.

Article 5. Dans le cas de blessure grave pouvant engager la responsabilité de la Compagnie, ou entraîner la mort du blessé, si le titulaire estime que le traitement prescrit par son confrère est mauvais et peut aggraver la responsabilité de la Compagnie qu'il représente, il doit demander immédiatement son confrère en consultation. Celui-ci ne peut s'y refuser, et si l'accord ne peut s'établir, les médecins devront nommer un arbitre qui sera choisi de préférence parmi les membres du syndicat. Cependant, ils peuvent choisir un médecin étranger au syndicat.

Article 6. Si l'arbitre est membre du bureau, il ne peut se récuser, à moins d'excuses valables, et doit remplir cette fonction gratuitement.

Article 7. Les deux parties sont tenues d'accepter complètement la décision de l'arbitre.

Article 8. Si le médecin traitant refuse la consultation ou l'arbitrage, ou ne tient pas compte de la décision de l'arbitre, le médecin titulaire devra en informer immédiatement le maire, le président de la Société de Secours Mutuels ou le président de l'exploitation à laquelle il est attaché. Il pourra reprendre la direction du traitement, si le blessé ou la famille le demandent.

Article 9. Lorsqu'un médecin est appelé d'urgence auprès d'un blessé à la suite d'un accident, il devra faire faire le premier pansement et donner au blessé tous les soins nécessaires jusqu'à l'arrivée du médecin titulaire. Néanmoins, il devra s'abstenir de toute intervention grave, engageant l'avenir du traitement, et la responsabilité des patrons. A l'arrivée du médecin titulaire, il devra lui abandonner la direction du traitement. Le médecin titulaire est tenu d'employer tout son influence pour faire solder, au médecin appelé d'urgence, la note de ses honoraires, conformément au tarif du Syndicat.

Article 10. Lorsqu'un médecin de bureau de bienfaisance, Société de secours mutuels, usine ou Compagnie, aura besoin du concours d'un médecin étranger pour consultation, opération, etc., il devra en demander l'autorisation *écrite* au maire, prési-

dent ou Directeur, et l'engagement de solder les honoraires du confrère étranger, conformément au tarif du Syndicat.

L'Assemblée décide l'impression dudit règlement qu'elle adopte, et l'envoi d'un exemplaire à chaque membre du Syndicat. En ce qui a trait à la lettre d'avis à adresser au confrère, elle adopte la formule suivante :

« J'ai l'honneur de vous informer que le Né..... demeurant à..... m'a demandé de lui donner mes soins.

Aussitôt qu'il sera à même de reprendre son travail, je vous en aviserai. »

Quant à la catégorie des malades mis à l'index et auxquels tout médecin syndiqué doit refuser ses soins, l'Assemblée, désireuse de pousser la conciliation jusqu'à ses dernières limites, décide que la lettre suivante leur sera adressée, avant l'application de la mesure édictée :

« La note d'honoraires que vous devez à M. le Dr..... pour l'année..... ne lui a pas encore été soldée. Nous vous prions de lui faire régler cette note le plus tôt possible ; dans le cas contraire, veuillez nous faire connaître les motifs qui vous empêchent de le faire.

Si le bureau du Syndicat juge que vous êtes dans votre tort, ou si cette lettre reste sans réponse, nous sommes obligés de vous prévenir que vous ne pourrez plus compter sur les soins des médecins syndiqués. »

Le secrétaire,
Dr POLLET.

Association Syndicale des Médecins de la Loire-Inférieure.

19 juillet 1892.

Présents : MM. Porson, *président* ; Destez, Patoureau, Malherbe, Guyon, Crimail, Brindejonc, Simoneau, Redureau, Polo, Leroy (de Moisdon), de la Rochefordière (de Montbert), Bourdon (de Rocheservière), Guiberteau (de Saint-Jean-de-Corcoué), Ledieu (de Vallet), Trémoureux (de Nort), Chantereau (de Saint-Etienne-de-Montluc), Hardy (de Vertou), Blaizot.

Les procès-verbaux des deux dernières séances (30 avril et 4 juin) sont lus et adoptés.

M. *le Président* donne lecture d'une lettre de M. *Luneau*, qui veut bien accepter encore les fonctions de secrétaire général-trésorier. M. *le Président* est heureux pour le Syndicat que M. Luneau ait bien voulu revenir sur sa décision, et il remet aux voix la nomination du secrétaire général-trésorier. M. *Luneau* est renommé à l'unanimité.

Le scrutin est ouvert pour la nomination des syndics, laquelle n'avait pu avoir lieu dans la dernière séance. Les sept syndics sortants sont réélus à l'unanimité, et MM. Bachelot-Villeneuve (de Saint-Nazaire), Leroy (de Moisdon), Paillard et Malherbe sont nommés en remplacement de MM. Bernaudeaux, décédé, Gémin et Chachereau, démissionnaires, et par suite de la création d'un onzième syndic, rendue nécessaire par le chiffre des membres du syndicat, qui s'élève au-dessus de 110.

M. *le Président* dit combien il a eu de mal à obtenir une adhésion de certains médecins de la campagne à son *Rapport sur l'Assistance médicale aux indigents*. Il ne lui a pas fallu leur envoyer moins de trois circulaires. Enfin il possède 82 adhésions (sur 125 confrères exerçant hors de Nantes). Dans sa session d'avril, le Conseil général a renvoyé l'examen de la question à la Commission départementale. Celle-ci s'est montrée favorable au principe et s'est bornée à quelques modifications de détail, dont les plus importantes sont : l'intromission des Bureaux de Bienfaisance dans l'apport des subsides et le droit du médecin à une seule indemnité de déplacement dans le cas de plusieurs visites faites dans la même direction. Le projet semblait donc en bonne voie, lorsqu'a surgi une réclamation du Syndicat des pharmaciens de la Loire-Inférieure, qui ne se trouvaient pas suffisamment représentés dans la Commission de l'Assistance. Trois nouveaux membres pharmaciens ont été aussitôt adjoints à la Commission préfectorale, laquelle s'est réunie hier. Dans cette séance, il a été demandé que la composition de la Commission d'Assistance, modifiée par la Commission départementale, fût rétablie conformément au rapport. Puis M. Bernou, pharmacien à Châteaubriant, s'est violemment élevé contre les articles du projet, qui prévoient la réduction des honoraires des médecins et pharmaciens et, après une longue discussion, les membres pharmaciens ont demandé à en référer à leur Syndicat, avant de donner leur adhésion au projet.

En finissant, M. *le Président* annonce les condamnations suivantes, de personnes poursuivies sur la plainte du Syndicat, pour exercice illégal de la médecine ; 1° Redonnet, demeurant à Cholet et à Nantes, passage Félibien, condamné le 16 mai dernier à trois amendes de 15 francs ; 2° veuve Rivière, demeurant rue de Châteaubriand, condamnée le 23 mai à 5 amendes de 1 franc (eau magnétique).

Syndicat d'Aisne-et-Vesle.

Indemnité-maladie.

M. le Dr Lécuyer, de Beaurieux, devait lire à la séance de l'Union la déclaration suivante : il n'a pu le faire en raison de l'heure avancée. Aussi publions-nous aujourd'hui sa communication :

Tous les ans, mes chers Confrères, je viens vous rendre compte de l'état de la caisse d'*Assurance mutuelle en cas de maladie temporaire* du Syndicat d'Aisne-et-Vesle.

On ne prouve le mouvement qu'en marchant ; eh bien ! j'ai le plaisir d'annoncer que cette petite expérience d'assurances mutuelles réussit parfaitement.

Elle a été fondée le 1er octobre 1887 avec 14 membres. Au bout de cinq années d'existence, elle a en caisse *deux mille six cent vingt-trois francs* (2623 fr.) Pendant ces cinq années elle a donné 10 fr. par jour aux sociétaires malades, et vous voyez qu'avec la réserve, elle peut parer aux éventualités les plus pessimistes.

Notre Société est toute de concorde et de solidarité ; pour en faire partie, il faut tout simplement être membre du Syndicat.

Nous nous connaissons, par conséquent nous nous estimons tous ; aussi, pas de condition d'âge, mais seulement la solidité parfaite à l'entrée dans notre Société.

C'est la mutualité par excellence.

La caisse ne peut faire faillite, car en cas d'insuffisance des ressources, elle ne donne que jusqu'à épuisement de la quotité disponible.

Je répète que la cotisation est de 12 fr. par trimestre que je fais toucher chez mes collègues par la poste.

Les frais de poste sont payés par le Syndicat.

Vous voyez, chers Confrères, que rien n'est plus simple que cette organisation ; elle réussit en petit depuis 5 ans chez nous, et je suis certain, qu'en grand elle réussirait encore mieux.

Il est évident que l'Association générale, qui est une Société de bienfaisance, de charité, veut rester ce qu'elle est.

Elle a accouché laborieusement (et l'opération a réussi grâce à son nouveau président) d'un projet d'assistance pour les médecins malades et qui demanderont cette assistance. Ce projet sera sûrement rejeté, (on en peut juger par les réponses de nombre de sociétés locales), car il ne contente personne.

Les partisans de l'*indemnité de droit* n'en veulent pas, et les autres, pas davantage.

Tous regrettent que ledit projet touche aux réserves de l'Association et empêche de donner dans l'avenir un plus grand nombre de pensions de 600 fr. ou de porter ces pensions à 1,200 fr., comme on l'a fait entrevoir.

Enfin, l'élévation de 12 à 20 fr. du prix de la cotisation annuelle, élévation qui ne donnerait *aucun droit* à l'indemnité-maladie, sera repoussée avec raison par beaucoup de nos confrères peu fortunés.

Dans l'intérêt de l'Association générale des médecins de France (et son bureau était en grande majorité hostile, nous le savons bien, à l'indemnité en cas de maladie), il vaut mieux que le projet mis au monde cette année avec le mal, qu'on sait, soit rejeté. Il le sera certainement.

C'est donc au Concours médical et à l'Union des Syndicats médicaux, maintenant reconnus par la loi Chevandier, que revient l'honneur de fonder cette caisse d'assurances.

La question est mûre.

Notre profession, sur laquelle tous, on peut bien le dire, tirent à boulets rouges, en nous octroyant des honoraires ridicules : sociétés de bienfaisance ou de secours mutuels, assurances-accidents, tribunaux, administrations, etc..., notre profession, dis-je, doit de plus en plus se solidariser.

Elle a commencé à lutter et a eu déjà quelques succès ; elle continuera à le faire et à combattre pour la dignité et la justice.

Elle continuera, en fondant l'Indemnité-maladie de droit, à marcher dans la voie du progrès, déployant son drapeau qui porte cette devise : mutualité, solidarité, harmonie confraternelle.

Dr Lécuyer.

REPORTAGE MÉDICAL

Les fumeurs d'opium réhabilités. — Un médecin de la marine, M. Buret, vient de publier ses impressions à ce sujet dans les *Archives de médecine navale*. D'après cet observateur, l'habitude de fumer l'opium est moins dangereuse que l'usage du tabac, et beaucoup moins que l'abus de l'alcool. L'opium est un tonique et un excellent moyen prophylactique contre le paludisme et ses formes pernicieuses. D'ailleurs les Orientaux, fumeurs d'opium, ne sont pas du tout apathiques, comme on le répète sans cesse, et sont beaucoup plus actifs qu'on ne le croit.

— *Responsabilité des Directeurs des Maisons de santé.* — Un aliéné furieux était interné dans une maison de santé, aux environs de Bordeaux. Très dangereux, ayant sans cesse la camisole de force, il fut cependant, sur les instances de sa famille, décamisolé et placé dans une cellule spéciale, sous la garde d'un gardien vigoureux, nommé Trottier. Une nuit, pendant que ce dernier dormait, l'aliéné sortit doucement, trouva une hachette, et mit littéralement en bouillie la tête de son gardien ; il fut ensuite terrassé et désarmé par d'autres gardiens. La malheureuse victime laissait un fils mineur, au nom duquel fut introduite, contre le Directeur de l'asile, une instance en paiement d'une somme de 20,000 francs de dommages-intérêts, et 1.000 francs de rente annuelle viagère. Le docteur D..., Directeur de l'asile, a été condamné par le tribunal à verser au mineur Trottier une somme de 3.000 francs, plus une rente annuelle de 400 francs jusqu'à sa majorité.

— *Erreur d'un pharmacien.* — Un médecin de Berlin voulant faire un pansement avec une solution de salicylate de soude, en fit demander à un pharmacien qui, n'en ayant pas, en envoya prendre chez un droguiste et l'expédia aussitôt. Mais c'était de la soude caustique, qui produisit une plaie telle que l'amputation du membre fut jugée nécessaire. Une action judiciaire ayant été intentée, le médecin fut acquitté, mais le droguiste et les aides du pharmacien furent condamnés à une forte amende.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le Dr Garnier, de Lyon, membre du Concours médical.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
Place de l'Ecole de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

Guide pratique des sciences médicales, Société d'éditions scientifiques. — Paris.

En 1891, un groupe d'anciens internes publiait, sous la direction de M. Letulle, un ouvrage intitulé : *Guide pratique des sciences médicales*, sorte d'agenda et de memento médical, destiné à vulgariser chaque année les découvertes les plus récentes de la science moderne. Ce livre a obtenu le succès qu'il méritait, aussi bien auprès de l'étudiant que des praticiens, et dans un nouveau fascicule, les auteurs ont apporté un complément à leur premier travail qui avait laissé de côté certaines questions. Dans le fascicule pour l'année 1892, nous trouvons des chapitres nouveaux sur les maladies des reins, sur quelques maladies du poumon, sur certaines opérations obstétricales, enfin un très intéressant chapitre sur la pathologie médicale et chirurgicale de la main. Ce supplément du Guide se termine par une pratique des autopsies que nous ne saurions trop recommander aux jeunes étudiants.

Nous n'avons pas besoin de renouveler les éloges que nous avons déjà faits aux auteurs lors de l'apparition de ce volume, si utile aux jeunes pour la préparation des concours et aux praticiens pour se maintenir au courant des recherches nouvelles, mais nous adressons nos félicitations à la Société d'éditions scientifiques qui publie d'une façon constante de bons livres pratiques.

A. M.

(Extrait de la *Tribune médicale*, 9 février 1893.)

Franco **4** fr. pour MM. les membres du Concours médical.

2° **Cours de Physiologie et d'Hygiène de la voix,** par M. le docteur Gouguenheim, médecin des hôpitaux et du Conservatoire national de musique. In-8, de 120 pages prix **2** fr. **50.**

Net 2 fr. pour MM. les membres du Concours médical. Ce cours, extrêmement clair, peut servir de guide pour MM. les médecins qui seraient consultés par des chanteurs ou des orateurs.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année N° 8 25 Février 1893

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

L'ABONNEMENT AU CONCOURS MÉDICAL

Depuis huit ans, la *réception du journal n'est plus gratuite pour les membres de notre Société.* D'un autre côté, l'article 18 des statuts de la *Société civile du Concours médical* est ainsi conçu :

Art. 18. — Le journal *Le Concours médical* est l'organe de la *Société du Concours médical* ; mais les membres de la Société ne sont pas tenus de devenir les abonnés du journal. — Celui-ci adresse aux membres de la Société, *non abonnés*, les numéros contenant le compte rendu des *Assemblées* et des *Actes*.

Malgré l'obligation, pour tous, de payer le prix de l'abonnement et pour des raisons diverses le Journal a été régulièrement servi à un certain nombre de membres de la Société qui n'ont pas payé leur cotisation annuelle. Cet état de choses a fourni l'occasion de réclamations, fort légitimes, de la part de quelques membres abonnés et ne saurait se prolonger sans inconvénients. *Tous les membres de la Société, qui veulent recevoir régulièrement le Journal, doivent donc s'y abonner.*

En conséquence, nous ferons réclamer dans le courant de mars le prix de cet abonnement (soit 10 fr.) pour l'année 1893 à ceux qui ne l'ont pas payé.

Les confrères, qui refuseraient, devront s'attendre à ne plus recevoir que les numéros statutaires, contenant les comptes rendus de l'assemblée générale et les procès-verbaux des séances du Conseil de Direction.

Nous espérons que vous voudrez bien reconnaître les services multiples et incessants qu'a rendus et rend, de plus en plus, le *Concours* au Corps médical, en restant notre lecteur assidu et en nous prêtant l'appui de votre propagande.

A. Cézilly.

Extrait du registre des délibérations du Conseil de Direction du « Concours Médical ».

Séance du jeudi 16 *février* 1893.

Présents : MM. Cézilly, Gassot, Maurat.
Excusé : M. le Docteur Gibert.
Comme suite à l'entretien avec M. le Doyen Brouardel, publié au journal le 21 janvier dernier, le Conseil décide :

1° Que l'amendement à la loi de *protection de la Santé publique* (demandant que l'Etat soit chargé de procurer des moyens d'existence aux familles des médecins morts victimes d'une épidémie) sera ultérieurement déposé par un député, non médecin, que le Conseil recherche ; mais qu'il n'y a pas urgence, puisque la loi n'est même pas venue en discussion.

2° Au sujet de l'amendement sur l'*assistance publique*, demandant que les médecins soient admis, à titre consultatif, aux délibérations des commissions administratives des hôpitaux et hospices de

province, — le Conseil décide que les amendements suivants seront proposés : à l'article 10 de la loi : « *Le médecin du Service d'assistance, ou un délégué des médecins de ce service, fait partie du bureau d'assistance établi dans chaque commune* » et à l'article 12 : « *Tous les médecins du service d'assistance, le percepteur et un des répartiteurs, désignés par le Préfet, assistent à la séance avec voix consultative.* »

Le Conseil décide en outre que des exemplaires des *statuts de la caisse de pensions de retraite* seront remis au Secrétariat de la Faculté de médecine, pour être distribués aux nouveaux docteurs en médecine.

Le Conseil décide un second encartage, dans le N° 7, du *Questionnaire* concernant la morbidité et la mortalité.

Le Conseil examine ensuite la correspondance et expédie les affaires courantes.

Pour le Conseil de Direction :
Le Secrétaire, Dr MAURAT.

LA SEMAINE MÉDICALE

Variole traitée par l'obscurité solaire.

M. le Dr *Bénard*, de Saint-Germain-en-Laye, nous fait remarquer, à propos du traitement de la variole par l'obscurité solaire, préconisé par deux médecins anglais et par le Dr Gallavardin, traitement sur l'efficacité duquel nous avons insisté dans notre avant-dernière Semaine Médicale, que cette méthode thérapeutique est déjà fort ancienne. En 1340, la mère de sainte Catherine, de Sienne, l'avait mise en pratique pour préserver sa fille des marques de la variole, dont elle était atteinte. Voici le passage intéressant de la vie de cette sainte, que nous rappelle le Dr Bénard.

« Sainte Catherine était belle, et la bonne Lappa (sa mère) était deux fois fière de sa beauté, car deux fois elle la lui avait donnée. Lorsque l'impitoyable petite vérole était venue saisir sainte Catherine, elle avait écarté, avec son amour de mère, toutes les causes qui pouvaient laisser des traces sur le visage pur et virginal de sa fille. Rien n'est touchant comme la sollicitude de cette pauvre femme du peuple, veillant nuit et jour, *dans la chambre noire* de son enfant, n'y laissant pénétrer ni un souffle d'air, ni un rayon de lumière. »

Il était intéressant de rappeler, une fois de plus, qu'il n'y a rien de nouveau sous le soleil, et qu'en 1340, peut-être même plus tôt (puisque ce n'est évidemment pas la mère de sainte Catherine qui a inventé ce mode de traitement), on usait déjà du procédé découvert seulement il y a une vingtaine d'années par deux médecins anglais.

L'air atmosphérique n'est pas nuisible pour les articulations, ouvertes chirurgicalement.

Nombre de médecins et de chirurgiens croient encore actuellement au danger de laisser une articulation ouverte au contact de l'air extérieur. C'est *une grosse erreur*, qui vient d'être répétée à l'une des dernières séances de la Société de chirurgie.

M. Chauvel a communiqué, au nom de M. Hassler, de Lyon, l'histoire d'un malade auquel, après avoir enlevé un corps étranger articulaire du genou, il avait fait un lavage antiseptique pour éviter *les complications qu'aurait pu entraîner l'entrée de l'air par la plaie* articulaire pendant l'opération. MM. *Terrier et Lucas-Championnière* ont redressé cette erreur et montré que toute articulation peut être aussi largement ouverte à l'air libre que n'importe quelle autre cavité, pourvu qu'on emploie une antisepsie rigoureuse.

L'introduction de l'air n'est dangereuse que pour la plèvre, parce qu'elle agit mécaniquement en détruisant le vide physiologique pleural. L'atmosphère antiseptique, le spray de Lister n'a aucune utilité pour les plaies, c'est Lister lui-même qui le proclame, dans une récente leçon :

« Autrefois, nous savions, par les expériences de Pasteur, que l'air de tout lieu habité contient des micro organismes, et il n'y avait pas de raison de ne pas croire à l'infection probable des blessures par les germes suspendus dans l'atmosphère. Heureusement, aujourd'hui, nous savons que nous n'avons pas à les redouter, et cela pour deux raisons : la première est que nous avons appris que le sérum du sang normal n'est pas un bon terrain de culture pour les bactéries, à condition que celles-ci n'y soient pas à de trop fortes doses, et une simple expérience le prouve : si on prend, en effet, du sang à un cheval ou à un bœuf, et que, placé dans une bouteille purifiée, on le soumette à la chaleur de l'étuve, pas la moindre altération ne se produit. Si maintenant on inocule ce sang avec la pointe d'une fine aiguille contaminée, immédiatement la putréfaction se produit ; mais si, au lieu d'appliquer le sang putréfié en substance, on le mélange à une quantité d'eau suffisante pour diffuser la bactérie et laver ses produits, on constate que l'altération du sang ne se fait qu'après plusieurs jours de contact. Mais il est encore un autre point, c'est la phagocytose de Metchinoff, qui vient détruire les germes atténués et en débarrasse l'organisme. Les microbes en suspension dans l'air ne sont donc ni assez virulents, ni en nombre suffisant, pour se développer sur nos plaies. Il s'ensuit qu'on peut entièrement se dispenser des irrigations sous forme de spray ou sous tout autre forme, et que nous en sommes revenus à la simplicité d'autrefois. »

Le chlorhydro-sulfate de quinine.

MM. *Grimaux et Laborde* viennent de faire connaître à l'Académie un composé nouveau à base de quinine, qui paraît appelé, d'après l'observation expérimentale et clinique, à rendre de réels services à la thérapeutique ; il s'agit du *chlorhydro-sulfate de quinine*.

Ce sel, qui est représenté par la formule $(C^{20} H^2 4Az^2 O^2) 2 HCl, SO^4 H^2, 3 H^2 O$, est très facilement soluble dans l'eau : *il se dissout dans son poids d'eau à la température ordinaire* ; il est donc dans des conditions très favorables pour

être absorbé par les voies digestives, tandis que le sulfate médicinal exige plus de 700 parties d'eau, et ne paraît se dissoudre dans l'estomac qu'à la faveur de l'acide du suc gastrique.

Cette facile solubilité le rend très maniable pour les injections hypodermiques ; une solution préparée avec 5 grammes de sel et 6 centimètres cubes d'eau renferme, par centimètre cube, 50 centigrammes de sel.

Enfin, un autre de ses avantages, c'est que pour le même poids il renferme la même quantité de quinine que le sulfate médicinal cristallisé, avec sept molécules d'eau : il contient, en effet, pour cent, 74,2 de quinine, et le sulfate médicinal à 7 H^2O en contient 74,3 ; il doit, conséquemment être prescrit aux mêmes doses que ce dernier.

Au point de vue physiologique, ce qui paraît distinguer le nouveau sel de ses congénères simples, notamment du sulfate et du chlorhydrate, c'est que l'absorption, et par suite les effets en sont sensiblement plus rapides ; ce qui tient très probablement à sa plus grande et facile solubilité, toutes autres choses égales d'ailleurs.

Les expériences cliniques sont parfaitement concluantes et l'on peut dire que le chlorhydrosulfate de quinine possède au moins la même efficacité que le sulfate ordinaire du commerce.

Il a, en outre, cet avantage extrêmement précieux d'être très maniable pour les injections hypodermiques, qui ne sont pas douloureuses comme celles pratiquées avec le sulfate ordinaire, et même avec le chlorhydrate.

M. le professeur *Laveran* (du Val-de-Grâce), dont la haute compétence dans les questions de pathogénie et de thérapeutique de l'impaludisme, est bien connue, a essayé, sur quelques-uns de ses malades, le nouveau produit ; et il a constaté surtout les incontestables avantages qu'il présentait pour l'injection hypodermique, en raison de l'absence de douleur et de la rapidité de l'absorption.

Le torticolis et son traitement.

M. le professeur *Tillaux* vient de résumer fort clairement dans une leçon clinique ses idées sur le torticolis.

Qu'est-ce que le torticolis ? C'est une attitude vicieuse du cou telle qu'il en résulte une inclinaison latérale de la tête, *avec torsion.*

Cette dernière condition est essentielle, car la tête peut être inclinée par suite d'une cicatrice due à une brûlure, par suite de la présence de diverses tumeurs, etc. Ce ne sont pas là des torticolis.

Le torticolis est d'*essence musculaire* ; il résulte d'une altération dans le système musculaire du cou.

On peut donner des torticolis la classification suivante :

1° Dans un premier groupe, les muscles qui déterminent la déviation sont atteints de *rétraction.* Il y a une altération musculaire profonde ; la fibre musculaire est transformée en tissu fibreux et par suite a perdu sa contractilité.

2° Dans un deuxième groupe, il y a *contracture* musculaire. Le muscle est raccourci, mais il n'a pas perdu ses propriétés physiologiques. Les fibres musculaires ne sont pas modifiées et peuvent revenir à leur état normal.

3° Le troisième groupe comprend ce qu'on a désigné à tort sous le nom de *torticolis spasmodique.*

Il serait beaucoup plus exact de dire : torticolis par *action dynamique.* Il n'y a ni rétraction, ni contracture, mais défaut d'équilibre entre les muscles droit et gauche.

4° Il faut enfin signaler un quatrième groupe, qui rentre, il est vrai, dans le groupe du torticolis par contracture. Mais ici, ce n'est plus le sterno-mastoïdien qui est en jeu, ce sont les muscles trapèze, grand complexus, splénius, scapulaire, etc. Delore (Lyon), qui a le premier décrit cette variété, lui donne le nom de *torticolis postérieur.* Il y a bien encore inclinaison et rotation de la tête : mais, quand c'est le splénius qui est atteint, la tête est inclinée sur l'épaule, mais le menton est tourné du même côté. Quand il s'agit des autres muscles de la région postérieure, la tête est portée en arrière : le sterno-mastoïdien ne fait pas saillie sous la peau. En arrière, au contraire, on observe une masse musculaire dure et très douloureuse. Cette variété n'est pas très rare.

Au point de vue de l'intervention, il est essentiel de distinguer entre les torticolis par rétraction et par contracture, le traitement étant tout différent.

Le premier élément de diagnostic est *la date* de la maladie. Un torticolis par rétraction est en général de date ancienne. Il est quelquefois très ancien et même congénital.

Le torticolis par contracture est d'ordinaire plus récent ; il date d'un an, de 6 mois, et, de plus, on en fait remonter le développement à une cause connue : influence d'une mauvaise dent, d'une angine, du froid.

Le torticolis par rétraction est *permanent.* Demandez aux parents si, quand l'enfant dort, sa tête présente la même inclinaison ; si, dans cette circonstance, il n'est pas possible de la redresser. Dans le torticolis par rétraction, il n'y a pas de modification pendant le sommeil et on ne peut ramener la tête dans la rectitude. C'est le contraire dans le torticolis par contracture.

Dans le torticolis par rétraction, le sterno-mastoïdien forme une véritable corde saillante, arrondie.

Dans le torticolis par contracture, il conserve sa forme aplatie : la corde est beaucoup moins saillante.

Dans le torticolis par contracture, il faut signaler la *douleur*, souvent vive, qui siège au niveau de l'atlas, ou des premières vertèbres cervicales. Il y a même là une cause sérieuse d'erreur. Car on peut se demander de quelle nature est cette contracture, si elle n'est pas symptomatique d'une lésion des vertèbres cervicales.

On peut croire à l'existence d'un mal de Pott cervical. Dans le torticolis par rétraction, au contraire, il n'y a jamais de douleur.

Dans le torticolis par contracture, *pas d'atrophie de la face* du côté correspondant. Dans le torticolis par rétraction, on observe parfois une atrophie considérable. Si on a des doutes, on endort le malade : dans le torticolis par rétraction, *le chloroforme* ne donnera aucun résultat. La contracture, au contraire, cessera sous l'influence du chloroforme et la tête se redressera facilement.

Quel doit être le traitement du torticolis par rétraction ? Exclusivement chirurgical, il doit consister dans la section du muscle sterno-mastoïdien *à ciel ouvert*.

De cette façon, on sectionne mieux au point où l'on veut sectionner ; on ménage mieux les parties profondes ; et le danger n'est pas grand avec l'antisepsie.

On incisera le muscle à la partie supérieure, à un travers de doigt au-dessous de l'insertion à l'apophyse mastoïde ; incision verticale de 2 centimètres parallèle au muscle ; deux écarteurs seront placés sur les bords. Le muscle sera divisé successivement de dehors en dedans, à moins qu'on ne puisse le charger sur une sonde cannelée. S'il y a encore quelques brides, on les divisera, et ensuite on redressera la tête. Pansement avec réunion immédiate.

Puis, pour maintenir le résultat, on appliquera un petit collier composé d'un faux col de carton entouré d'ouate. On placera en outre l'*appareil de Sayre modifié par Kirmisson*, pour faire une traction continue de la tête sur le tronc à l'aide d'un tube de caoutchouc. Une bandelette de diachylon placée autour de la tête fixe un tube de caoutchouc, qui d'autre part est fixé à la poitrine par une bandelette semblable.

Le torticolis par contracture est justiciable de moyens médicaux, tels que les révulsifs locaux et les antispasmodiques généraux. Quelquefois, le chirurgien est obligé d'intervenir en sectionnant le nerf spinal.

Les névralgies pelviennes.

Les chirurgiens ont tellement abusé de l'opération de Battey et de la salpingectomie dans ces dernières années, qu'on ne parle plus aujourd'hui que d'*ouvrir le ventre*. Dès qu'une femme se plaint du ventre, vite on lui conseille la laparotomie ou l'hystérectomie vaginale. Comme nous l'avons résumé dernièrement, la discussion récente de la Société de chirurgie n'a pas peu contribué à montrer les abus qu'on avait commis jusqu'ici.

Les résultats de la laparotomie ou de l'hystérectomie vaginale sont loin d'être encourageants : M. *Richelot* a eu des insuccès. MM. *Reclus*, *Quénu*, *Kirmisson* ont rapporté chacun plusieurs cas de récidive rapide des douleurs. M. *Terrillon* accuse 5 insuccès sur 10 ; M. *Reynier* en a eu 9 sur 15 et quelquefois l'état douloureux des malades était aggravé.

Ce procédé chirurgical est trop aléatoire et même trop dangereux pour continuer à être appliqué avec tant de légèreté.

M. *Batuaud*, élève de M. Chéron, de Saint-Lazare, vient de faire paraître un travail très complet, sur ce sujet, et nous trouvons ses conclusions extrêmement sages.

Les grandes névralgies pelviennes, dit-il, n'existent que chez des névropathes ; la logique veut qu'on traite avant tout l'état névropathique des sujets.

Les « grandes névralgies pelviennes » se montrent chez des malades dont l'utérus et les annexes sont absolument sains ou peu malades ; la logique veut encore qu'on soigne, par les moyens appropriés, les petites lésions que l'on constate ou qu'on laisse tranquilles les malades, si elles n'ont aucune lésion locale.

Non seulement il est irrationnel de châtrer ces pauvres femmes trop portées, par bizarrerie d'esprit ou par absence de volonté, à accepter une mutilation qu'on leur présente comme nécessaire, mais encore c'est prendre une lourde responsabilité ; l'insuccès immédiat ou tardif est en effet la conséquence la moins mauvaise d'une pareille manière de faire ; l'aggravation des troubles nerveux, la provocation de la folie, la mort même sont des conséquences autrement graves auxquelles on ne saurait trop réfléchir avant de décider une intervention, que la logique condamne aussi bien que l'expérience acquise.

Index bibliographique.

L'épidémie cholérique de 1892. Rapport de M. Proust à l'Académie de médecine, février 1893.

La grippe épidémique, par le Dr Fiessinger, d'Oyonnax. (*Semaine médicale* du 8 février 1893.)

CLINIQUE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ — M. le Professeur DUPLAY

Leçon recueillie par le Dr HERVOUET.

Mal de Pott cervical de diagnostic difficile.

Messieurs,

Je vais vous entretenir aujourd'hui d'un malade assez difficile à diagnostiquer. C'est un maçon, âgé de 42 ans, qui est entré à l'hôpital le 19 janvier, et occupe le n° 5 de la salle Velpeau.

Il n'a aucun *antécédent* héréditaire, ou personnel : fils naturel, il ne sait rien de ses ascendants ; il n'a jamais été malade, n'a présenté aucun symptôme de scrofule ; cependant, vers 5 ans, il a eu une affection des yeux, peut-être une kératite ou une blépharite de nature strumeuse, mais sur laquelle les renseignements sont très vagues.

Le *début* de son affection date d'environ 7 mois. C'est en juillet dernier que le malade s'est aperçu du développement, dans la région cervico-latérale gauche, d'une tumeur quasi-indolente, qui semble s'être ouverte à une époque assez voisine du début par de petits pertuis peu nombreux. Après s'être fait panser plusieurs mois au Bureau central, il entre le 5 décembre à l'hôpital Cochin dans le service de M. Quénu, qui fit une incision large. Cette incision ne tarda pas à se cicatriser, mais en restant fistuleuse. Pendant son séjour à l'hôpital, qui fut de onze jours, il remarqua que son épaule gauche présentait une gêne douloureuse assez vague dans les mouvements, et se plaignit de ces accidents ; il prétend qu'on fit le diagnostic de scapulalgie, et ses souvenirs paraissent assez exacts, car on lui proposa contre cette affection les injections sclérogènes au chlorure de zinc. Mais le malade, ayant entendu dire que ce n'était pas tout plaisir dans ce traitement, préféra quitter l'hôpital. Il retourna se faire panser au Bureau central ; puis il se décida à entrer dans notre service le 19 janvier.

Examen. — On est tout d'abord frappé d'une sorte de *fixité de la tête sur le cou* ; le malade suit les mouvements plutôt avec les yeux, la tête peu mobile étant légèrement inclinée à gauche, et la face un peu tournée à droite.

Si l'on examine la tumeur, on trouve vis-à-vis du bord postérieur du sterno-mastoïdien,

l'*ouverture fistuleuse* de l'abcès, peu considérable légèrement allongée, d'une longueur de 1 centimètre, à bords rouges, fongueux, sans tendance à la cicatrisation.

En sondant, on pénètre à travers un tissu induré, lardacé, à une profondeur de 3 centimètres et demi à 4 centimètres, mais sans parvenir jusqu'aux os ; malgré la persistance des recherches et les incidences diverses données au stylet, il n'atteint que le voisinage de la colonne vertébrale, et en aucun point il n'arrive sur le squelette.

En arrière et au-dessous, se voit un *second orifice*, sur l'origine duquel on n'a aucun renseignement ; le stylet ne s'y engage que très superficiellement ; il n'y a pas de relation entre les deux orifices.

Le trajet fistuleux traverse une *masse indurée* considérable. Il y a là une grosse tumeur du volume d'une petite orange, se prolongeant dans la profondeur jusqu'à un point non déterminé. Quand on l'empoigne, on sent qu'elle occupe tous les tissus jusqu'au squelette ; on la déplace un peu d'avant en arrière ; elle est très dure, à peine sensible.

Notre attention a ensuite été portée sur le *squelette* de la région ; voici ce que cette étude nous a révélé. J'ai signalé l'attitude fixe du cou et de la tête ; si on cherche à les faire mouvoir, on constate que les mouvements de la *colonne vertébrale* sont gênés ; la flexion en avant se fait, mais le menton n'arrive pas jusqu'au sternum ; il en est de même pour les mouvements d'extension en arrière, de latéralité et de rotation qui sont gênés, mais en restant possibles. L'exploration directe de la colonne, en avant par le pharynx et en arrière par les apophyses épineuses, ne permet de constater aucune altération appréciable : en comprimant, en percutant les apophyses épineuses, on n'éveille aucune sensibilité notable ; par le pharynx, le doigt ne peut explorer qu'une petite étendue de la colonne vertébrale, mais c'est un examen qu'il ne faut jamais négliger, car il peut donner des renseignements très importants, notamment sur les abcès par congestion venus de la colonne ; ici, cet examen ne donne que des renseignements négatifs.

Vous savez que, dès son séjour à Cochin, il y a deux mois, le malade s'est aperçu de troubles du côté de *l'épaule gauche*. On y observe ceci : il y a une énorme déformation de la région scapulo-humérale, consistant en un abaissement considérable de l'omoplate qui est en outre basculé en avant par sa partie supéro-externe ; non seulement le moignon de l'épaule tombe, mais il est porté en avant, ainsi que le bord axillaire de l'omoplate, tandis que le bord spinal est porté en arrière et se détache de la colonne vertébrale et du thorax : cette disposition répond au type nommé *scapultim alatum*, type qui rappelle les dessins des anges munis d'une belle paire d'ailes, c'est *l'aile de l'ange*.

Indépendamment de cet abaissement de l'omoplate, nous constatons, sinon la paralysie, au moins une *atrophie très sensible des muscles* qui ont pour fonction de soulever le scapulum et de le maintenir appliqué sur le thorax ; ce sont les muscles Trapèze, Grand Dentelé, Angulaire de l'omoplate, et Rhomboïde ; de plus, le Sus-Epineux et le Sous-Epineux sont également touchés. — L'*atrophie du Trapèze* se manifeste surtout par une déformation ; si, se plaçant à la partie antérieure, on regarde le côté gauche, on constate qu'au lieu du bord saillant qui existe à la partie antéro-latérale, il y a un méplat. L'*atrophie du Grand Dentelé* dont la fonction est d'appliquer les deux omoplates est rendue manifeste de la façon suivante : si on dit au malade de rapprocher les deux épaules en arrière, le mouvement se fait du côté droit, et non du côté gauche. La faradisation de ces muscles vient confirmer ces observations ; les muscles ne sont pas complètement paralysés, ils répondent à l'influence du courant faradique, mais bien moins que de l'autre côté. — L'*atrophie de l'Angulaire et du Rhomboïde* ne se manifeste pas à la vue, mais la faradisation permet de constater entre les deux côtés la même différence que pour les muscles précédents. — L'*atrophie des Sus et Sous-Epineux* se manifeste par un méplat et est également confirmée par la faradisation.

Il était important de savoir si l'*articulation de l'épaule* était malade, et si ces atrophies étaient sous la dépendance d'une affection articulaire. Eh bien ! cette *articulation m'a paru absolument saine*. J'ai examiné les mouvements spontanés ou communiqués ; ils existent tous. On peut bien déterminer un peu de douleur, mais tous se font d'une façon complète ; et vous savez, quand cette articulation est prise, avec quelle rapidité les mouvements se trouvent limités, l'omoplate suppléant dans une certaine mesure la mobilité articulaire ; or ici on voit le contraire, car c'est l'omoplate qui reste immobile. — D'un autre côté, le Deltoïde, et les Pectoraux n'ont subi aucune atrophie, ils sont de forme et de force normales. Cependant il est une loi clinique, d'après laquelle, l'articulation de l'épaule étant malade, l'un des premiers muscles atteints est le Deltoïde ; or, nous le trouvons aussi vigoureux à gauche qu'à droite. Il en est de même du grand Pectoral. Nous avons essayé la faradisation ; elle donne des contractions énergiques et égales des deux côtés. — J'ajoute, pour compléter le diagnostic d'intégrité de l'articulation, qu'en explorant l'articulation par sa partie antérieure sous l'acromion, et directement en arrière, on ne trouve aucune trace d'abcès ou de fongosités ; il n'y a pas de craquements, et les mouvements sont intacts. — Donc l'articulation est absolument saine, et les troubles fonctionnels sont dus à l'atrophie musculaire.

Il faut joindre à cette atrophie, d'autres troubles nerveux que je ne puis décrire avec une grande précision, d'abord parce que je n'ai pas eu le temps suffisant pour les étudier, et ensuite, surtout à cause de la difficulté extrême de préciser les zones d'anesthésie et d'hyperesthésie. Mais il est certain qu'il y a des *troubles de la sensibilité* ; on trouve des zones douloureuses et des zones d'anesthésie étendues. Il y a de l'hyperesthésie dans la zone cervicale inférieure, au-dessous de la clavicule, jusqu'à la partie inférieure du grand pectoral ; cela coexiste avec de l'anesthésie ; il y a douleur à la pression, et en même temps insensibilité à la piqûre d'une épingle. Sur le membre supérieur du même côté, il y a une zone d'anesthésie, avec douleur à la pression. Certains ont prétendu que ces symptômes étaient imputables à de l'hystérie ; pour

ma part, je ne le crois pas, et j'espère en donner une explication satisfaisante.

L'état général est bon, le facies également ; toutes les fonctions se font bien. Il n'y a pas de fièvre, aucun état diathésique, et, en particulier, le malade n'est pas syphilitique.

Ce diagnostic est assez difficile. Il y a deux choses, une suppuration chronique et des troubles de la motilité et de la sensibilité. Nous devons nous demander quelle est la nature de l'affection cervicale, à quoi sont dus les troubles nerveux moteurs et sensitifs, et voir si l'on peut relier ces deux choses.

Pour l'*affection cervicale*, il y a un certain doute, et l'on peut rattacher cette suppuration à deux causes, ou bien à des *ganglions*, venant notamment de la gaine du sternum, ou à une *fistule ostéopathique* venant de la partie latérale de la colonne cervicale. Cependant, si l'on tient compte de la longue durée de l'affection, de la forme de la tumeur, on est plutôt tenté de rapporter cette grosse masse indurée à une lésion osseuse. Quand il y a adénite tuberculeuse suppurée, on trouve seulement un ou deux ganglions, la masse conserve leur forme, elle est plus isolée, moins grosse. Donc ici, la tumeur ne rappelle les ganglions ni par son volume, ni par sa forme ; elle est uniforme, sans bosselures ; de plus, la fistule allant au voisinage des vertèbres la masse ayant des adhérences profondes avec la colonne, on peut dire que très probablement, *il s'agit d'une affection qui a son point de départ dans les os.*

Et nous allons voir que les symptômes observés d'autre part sont mieux en rapport avec cette idée. Les *troubles nerveux* doivent-ils être rattachés à cette tumeur ? Certainement ; car il y a dans le mode de distribution de ces troubles une sorte d'élection qui ne nous permet pas de ne pas les rapporter à la lésion cervicale. Nous allons voir que tout un groupe de muscles répond bien aux nerfs qui partent de la moelle, au niveau de la masse indurée. Dans l'hypothèse de lésion osseuse, il faudrait admettre que la lésion occupe approximativement les 3e, 4e, 5e et 6e vertèbres cervicales, les deux premières étant intactes, ainsi que la dernière cervicale et la première dorsale. Il est probable que les branches nerveuses correspondantes sont atteintes, tandis que les muscles dont les nerfs viennent du plexus dorsal sont indemnes. Rappelons les muscles atteints : ce sont les muscles Trapèze, Grand Dentelé, Angulaire, Rhomboïde, sus et sous-Epineux.

Les nerfs du trapèze tirent leur origine des 3e et 4e paires cervicales ; il en est de même du grand dentelé, des sus et sous-épineux, de l'angulaire et du rhomboïde ; ils naissent, ou bien de la fin du plexus cervical, ou du commencement du plexus brachial. Le deltoïde a conservé son intégrité ; ses nerfs viennent de la fin du plexus brachial, c'est-à-dire d'une zone inférieure à la tumeur cervicale. Il en est de même du grand pectoral. Il y a donc là quelque chose de très curieux, et qui trouve son explication dans ce fait que les nerfs de ces muscles naissent au-dessous de la tumeur. Pour la sensibilité, il y a quelque chose d'analogue, quoique ce soit beaucoup moins net ; je n'y insiste pas.

Je porte le diagnostic d'*ostéite des masses latérales de la colonne vertébrale, occupant les 3e, 4e, 5e et 6e vertèbres cervicales.*

Quelle est la nature de cette ostéite ? Elle est *probablement tuberculeuse*. Le malade n'a aucune tare appréciable, mais on ne connaît pas ses ascendants ; et vous n'ignorez pas avec quelle facilité viennent les tuberculoses de la colonne cervicale.

J'ai omis de vous parler des troubles qu'on observe parfois du côté du *grand sympathique*, dans les cas de tumeurs de la région cervicale. Je dois vous dire que ces troubles nerveux ont été signalés dans certaines tumeurs indépendantes des os, et notamment des lympho-sarcomes. Jamais on n'observe alors de compression aussi étendue, elle est localisée à tel ou tel nerf. On a observé dans ces cas des troubles du grand sympathique cervical, portant sur les paupières et la pupille ; c'étaient toujours des tumeurs des parties molles. J'ai cherché de ce côté chez notre malade, et je n'ai rien trouvé ; je devais le dire pour compléter cet examen.

Deux mots seulement sur le pronostic et le traitement, car j'ai bien peu de choses à dire. Le *pronostic* est très grave, car il est très difficile d'aller attaquer la cause du mal qui est très étendue ; et nous sommes à peu près désarmés. De plus, il est à présumer que les lésions de nutrition du côté des muscles et de la sensibilité iront plutôt en s'aggravant, car à aucun moment, nous ne pourrons remonter à la source du mal.

Ici, c'est surtout le *traitement* général qui luttera contre la cause, c'est-à-dire contre la tuberculose. C'est dans ces cas qu'il faut souhaiter au malade 20.000 livres de rente qui lui permettraient de se rendre dans les stations thermales, de séjourner à la campagne, aux bords de la mer ; car on peut compter dans ces cas superficiels sur l'action de la médication générale et hygiénique.

Cependant je conseillerais d'agir localement en dilatant le trajet et pratiquant des injections modificatrices. Peut-être, un jour pourrait-on, si l'on arrivait sur l'os, essayer d'en enlever une partie limitée ; mais j'en doute.

De plus, il faudra lutter contre l'atrophie musculaire qui tend à augmenter, par la faradisation, le massage, les douches ; et peut-être pourra-t-on prévenir les progrès ultérieurs des lésions nerveuses et voir l'épaule recouvrer ses fonctions ; mais la chose est bien incertaine.

FAITS CLINIQUES.

Entéro-péritonite chez une jeune fille ; suppuration ; perforation intestinale ; issue du pus par l'abdomen ; sortie de plusieurs vers ; guérison,

Par le docteur BÜTTERLIN, médecin de l'hôpital de Baume (Doubs).

Mlle C., âgée de 10 ans, d'un tempérament lymphatique, n'ayant jamais été malade, est prise subitement, le 12 juillet, de symptômes de péritonite aiguë : le ventre est très sensible, gonflé et tendu ; chaque pression sur l'abdomen est très douloureuse ; la malade reste tranquillement couchée sur le dos, sans faire aucun mouvement ; la constipation opiniâtre ; des vomis-

sements se déclarent, d'abord muqueux, incolores, plus tard verdâtres ; le facies est grippé, les extrémités refroidies ; le pouls est petit, fréquent, la température à 40°. Sur l'abdomen, on ne remarque l'existence d'aucune tumeur. Traitement : friction d'onguent napolitain belladoné ; champagne glacé pour arrêter les vomissements. L'état général est grave et le pronostic paraît fatal.

Cependant, les jours suivants, à mon grand étonnement, les accidents s'amendent, la douleur se modère, le ventre est moins sensible ; le pouls est à 110 le soir et la température à 39° ; les vomissements cessent et quelques selles se déclarent.

La fièvre persiste toujours, offre de temps en temps des exacerbations. Je trouve au-dessous du nombril une matité et une résistance un peu douloureuse. Le 5 septembre se déclare une diarrhée abondante, fétide ; la face est terreuse, un peu jaune ; la malade est très faible. Quelques jours après, à quatre centimètres au-dessous de l'ombilic, la peau s'amincit, une tumeur fluctuante se présente, je pratique une ouverture qui donne issue à du pus. Ce dernier ne renferme aucun crochet d'hydatide. Je propose à la famille la laparotomie, on refuse ; traitement, cataplasme, pansement et injections antiseptiques.

Il y a toujours un peu de diarrhée. Le 22 septembre, à ma grande surprise, sort de l'ouverture abdominale un ver cylindrique, se terminant en pointe vers les deux extrémités, d'une longueur de 0,20 cm. environ, le corps est transparent ; c'est un ascaride lombricoïde.

La fièvre continue toujours, l'ouverture abdominale est le siège d'un écoulement purulent ; mais, peu à peu la malade reprend des forces sous l'influence du traitement par les amers et les toniques.

Le 6 octobre la malade se lève un peu ; dans la nuit du 13 octobre sort un autre ver long de 0,10 centimètres environ. Le 14 octobre l'enfant prend 0,10 de santonine et 0,30 de calomel ; le 17 octobre deux autres vers sortent encore de l'orifice abdominal. Un peu de pus s'écoule toujours, mais l'état général s'améliore : l'enfant a un excellent appétit, prend du vin de quinquina, les selles sont normales.

Le 28 janvier l'ouverture abdominale se ferme, ne donne plus issue au pus ; l'enfant est guérie. Autour de l'ouverture existe encore un épaississement du péritoine.

Réflexions.

J'ai cru que cette observation offrait, en la publiant, un certain intérêt : la péritonite suppurée est une maladie généralement grave, cependant elle est relativement bénigne chez les enfants. Ganderon, dans sa remarquable thèse, confirme le fait : il compte 13 guérisons sur 25 cas ; huit fois elle a été obtenue, après ouverture spontanée de la cicatrice ombilicale et évacuation du pus par l'ombilic ; deux fois seulement cette évacuation a été suivie de mort.

Dans ce cas particulier, l'évacuation du pus s'est faite, une partie, à 4 centimètres au-dessous de l'ombilic par l'abdomen, l'autre partie, par l'intestin : il y a eu diarrhée fétide, purulente. Ce qui le prouve encore, c'est la sortie par l'ouverture abdominale de plusieurs lombrics. Ces derniers ont pour séjour habituel l'intestin et ont une tendance, Davaine en fait la remarque, à s'engager dans toute lacune ou tout orifice que présente la cavité où ils logent.

Mais cette particularité se rencontre chez les entozoaires du tube digestif : pendant la guerre de 1870, j'ai vu, chez un soldat, un tænia sortir par une blessure de la région abdominale.

Je n'ai pas eu affaire, dans mon observation, ni à un kyste hydatide : il y a eu absence de frémissement, de crachats et d'éruption ; ni à un abcès de la région abdominale, comme dans une observation publiée par M. le Dr *Descroizilles*.

Un mot sur le traitement : la laparotomie ayant été refusée par la famille, je me suis contenté de faire une incision pour donner issue au pus, j'ai pratiqué des lavages antiseptiques, la guérison a eu lieu.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Revision de la loi sur l'exercice de la pharmacie.

La loi sur l'exercice de la médecine a, sans contredit, tenu la première place dans nos préoccupations, et c'est à la faire voter qu'ont tendu tous nos efforts. Nous n'avons cependant pas pour cela négligé les autres questions qui préoccupent justement le corps médical.

La promulgation de la loi Chevandier nous permet d'aborder ces autres questions, et nous commencerons par la loi sur l'exercice de la pharmacie, puisque un projet de réforme a été voté en première lecture par la Chambre des députés, puisque, de plus, un article de la loi Chevandier a été renvoyé à cette future loi sur la pharmacie.

Nous ne reviendrons pas sur la discussion des revendications formulées par le corps médical, il y a une dizaine d'années, lorsqu'à la voix du *Concours*, chacun voulut secouer sa torpeur et apporter sa pierre à l'édifice commun : nous renvoyons nos lecteurs aux articles parus en 1880, 1881 et 1882.

Il nous semble cependant intéressant de publier au début de cette étude un article émanant d'un de nos plus actifs collaborateurs et résumant les *desiderata* du corps médical. Cet article a été écrit en 1882, c'est ce qui explique les quelques critiques que nous aurons à lui adresser. Mais on y retrouvera l'écho des revendications qui n'ont cessé de se produire et auxquelles il serait impossible de ne pas faire droit.

Ce sera d'ailleurs, un excellent préambule pour l'examen critique du projet de loi sur lequel la Chambre des députés aura prochainement à se prononcer.

RÉFORME DE LA PHARMACIE

La pharmacie touche de trop près le corps médical pour que celui-ci s'en désintéresse : le pharmacien est, en effet, nous ne dirons pas l'instrument du médecin, mais du moins celui qui lui fournit ses instruments — instruments qu'il est obligé d'accepter de confiance et qu'il ne peut modifier.

Le corps médical a donc été singulièrement surpris quand il s'est vu contester par les *Journaux de Pharmacie*, le droit d'intervenir en ces matières.

« Réglez vos propres affaires et ne vous mêlez pas des nôtres », nous crient les porte-voix d'une corporation qui, au lieu d'être notre alliée, se constitue notre adversaire ! Nous ne pouvons que protester hautement contre une telle prétention, car les questions qui touchent à la pharmacie ne regardent pas seulement les pharmaciens, et les médecins, sans parler du public, y ont un intérêt égal.

Il nous paraît plus que superflu d'insister : personne ne peut, en conscience, refuser au corps médical le droit de faire entendre sa voix sinon sur les questions d'organisation intérieure, du moins sur celles des rapports existant entre la Médecine et la Pharmacie.

Nous supposons donc admis ce droit, et immédiatement, entrons en matière.

§ Ier. *L'exercice de la Pharmacie.*

L'exercice de la pharmacie doit être considéré à un double point de vue, selon qu'il existe ou non une officine ouverte dans la localité.

Quelque désir qu'on puisse avoir de mettre le pharmacien à la portée de tous, il faut bien admettre que les communes pourvues d'une officine seront toujours en minorité, et, quoi qu'on fasse, il faudra tenir compte de cette situation.

C'est certainement là un des points qui intéressent le plus vivement le corps médical : c'est celui qui nous arrêtera tout d'abord.

La loi de Germinal édictait :

ARTICLE 27. Les officiers de santé établis dans les bourgs, villages ou communes où il n'y aurait pas de pharmaciens ayant officine ouverte, pourront, nonobstant les deux articles précédents, fournir des médicaments simples ou composés aux personnes près desquelles ils seront appelés, mais sans avoir le droit de tenir officine ouverte.

C'était là une exception des plus sages et nous nous étonnons beaucoup de la voir remise en question.

Sans discuter, pour le moment, le principe qui fait de la séparation des deux professions, médecine et pharmacie, une règle absolue, voyons quels sont les moyens proposés pour subvenir, dans la pratique, aux besoins des communes dépourvues d'officine.

Ces moyens sont au nombre de deux :

1° *On établirait dans chaque commune dépourvue d'officine un dépôt de médicaments qui serait alimenté par la pharmacie voisine et où puiserait le médecin en cas de besoin urgent.* Pour les uns, la délivrance de ces médicaments serait faite gratuitement au public (la charge incombant à la commune) ; pour les autres, le prix de vente des médicaments servirait à l'entretien du dépôt.

2° *On limiterait légalement, dans chaque canton, le nombre des officines*, comme sont limitées, par exemple, les charges de notaire : il y aurait au moins une pharmacie par canton, et le public devrait s'approvisionner dans ces pharmacies cantonales.

Ces deux propositions sont absolument inadmissibles, et voici les raisons sur lesquelles se fonde le corps médical pour les repousser :

Les boîtes de pharmacie, qui ne contiendront jamais ce qu'y cherchera le médecin, ne tarderont pas à se transformer en collections de médicaments altérés.

De plus, la médecine n'est pas une science officielle, et l'initiative du praticien au lit du malade reste toujours absolue : qui donc présiderait à la confection et à l'entretien des boîtes ?

Il faudrait, pour chaque localité, consulter le désir du médecin, lui fournir les marques qu'il croirait devoir exiger ; et, si plusieurs praticiens exercent dans la même commune, il faudrait les consulter tous et les satisfaire tous également.

On voit quel développement devraient prendre ces boîtes de pharmacie : elles deviendraient de petites officines qui, mal gérées et mal surveillées, ne présenteraient bientôt plus aucune garantie.

Enfin, dans les communes composées de plusieurs hameaux, souvent fort éloignés, où déposerait-on la boîte ? Faudrait-il installer une boîte dans chaque hameau ?

Et la clef de cette boîte, à qui la confierait-on ? A une personne étrangère à la profession médicale ? Mais cette personne ne saura pas résister aux incessantes demandes qui lui seront faites et, de la meilleure foi du monde, avec les meilleures intentions, fera bientôt de l'exercice illégal, en délivrant à tort et à travers les médicaments. Le curé, les sœurs, l'instituteur, le maire, tous y viendront puiser à pleines mains. — Confiera-t-on la clef au médecin ? Mais celui-ci n'aura souvent pas cette clef sur lui, il l'aura oubliée, il l'aura perdue. Et pour les hameaux éloignés, comment fera-t-il ? lui imposera-t-on plusieurs kilomètres pour qu'il puisse délivrer le médicament urgent ?

Nous n'insistons pas, croyant avoir justifié et au delà ce vœu émis par la presque totalité du corps médical :

Il n'y a pas lieu de prendre en considération les propositions tendant à l'établissement de boîtes de pharmacie dans les communes dépourvues d'officine.

Vient maintenant la limitation légale du nombre des officines.

Les promoteurs de cette idée pensent, avec juste raison peut-être, que les pharmacies sont, dans certaines villes, trop nombreuses, que le pharmacien gagne difficilement sa vie s'il veut rester ce qu'il doit être, et que les nécessités de la vie, trop souvent, l'obligent à sortir de son rôle, à exercer illégalement la médecine, etc...

Une telle mesure présenterait peut-être des avantages dans les grandes villes, et nous n'aurions que peu d'objections à faire, si nous ne regardions comme funeste à une profession tout privilège reconnu, *les privilèges n'ayant d'autre effet que d'engendrer les abus.*

Mais appliquée aux campagnes et même aux petites villes, cette mesure serait absolument détestable.

Dans les petites villes, la concurrence, qui forcément s'établit entre les deux officines, maintient le pharmacien en haleine ; elle l'oblige à soigner un peu ses produits, à faire ce que néglige son confrère — de sorte que, public et médecins sont à peu près sûrs de trouver à la pharmacie Y... ce qui manque à la pharmacie ... Qu'on supprime l'un des deux, la situation change aussitôt ; le seul pharmacien, *qui est seul de par la loi*, qui est inamovible et ne craint pas de concurrence, se relâche dans son zèle, agit à sa guise et se moque des mécontents.

Et dans les campagnes, qu'arrivera-t-il ? Dans un canton dépourvu de pharmacien (s'il n'y en a

pas, c'est qu'apparemment celui-ci n'y pourrait vivre), on installe une officine et on défend aux divers médecins de délivrer les médicaments à leurs clients. Le pharmacien pourra-t-il vivre de façon à être soustrait aux funestes conseils du *to be or not to be ?* — On oblige des malades distants de dix, douze kilomètres et plus, à venir s'approvisionner à la pharmacie cantonale ! Connaît-on donc si mal les gens de la campagne pour croire qu'ils feront cette nouvelle course, après avoir passé un temps plus ou moins long à aller chercher le médecin ? Plutôt que de perdre une demi-journée, ils se livreront au premier empirique venu qui leur donnera tout à la fois conseil et remède — ils n'iront ni chez le médecin, ni chez le pharmacien, et on n'aura fait qu'encourager l'exercice illégal.

Et qu'on considère, d'autre part, les abus de toutes sortes qu'engendrera un semblable monopole ! Le pharmacien ainsi posé, ne craignant rien, jouira de l'arbitraire le plus absolu : il tiendra les marques spécialisées qui lui plairont, refusera de se munir des autres, etc.

Tout le monde peut se représenter une telle situation, nous n'avons donc qu'à conclure :

La limitation légale du nombre des officines, qui pourrait présenter certains avantages dans les grandes villes, constituerait pour les centres de moindre importance et surtout pour les campagnes, une mesure illusoire, quant au résultat cherché, et détestable, quant au résultat obtenu.

C'est à l'article 27 de la loi de Germinal qu'il faut en revenir si l'on veut assurer au public éloigné des officines la faculté de se procurer rapidement et sûrement les médicaments nécessaires.

On accuse les médecins qui fournissent les médicaments à leurs malades d'avoir en pharmacie des connaissances insuffisantes et de tenir parfois assez mal leurs dépôts de médicaments. Nous ne voulons pas discuter ce que peuvent avoir de fondé semblables allégations, nous les admettons telles quelles et nous répondons :

Qu'on exerce sur les dépôts de médicaments une surveillance sérieuse (nous indiquerons plus loin comment nous comprenons cette surveillance), *et les dépôts seront bien tenus.*

Qu'on exige dans les études médicales des connaissances plus étendues en pharmacie, qu'on exige même quelques mois de stage dans une officine, et le premier reproche tombera de lui-même.

Mais nous voulons aller plus loin et chercher la solution logique, véritable et radicale de la question qui nous occupe : est-il bien vrai qu'entre les fonctions de médecin et celles de pharmacien doive exister une barrière infranchissable ?

Nous ne le pensons pas.

Il nous semble inadmissible que le médecin soit obligé de tirer de chez un étranger les médicaments qu'il ordonne et de compter sur les effets d'un médicament qu'il ne peut contrôler ; il nous semble inadmissible que portant la responsabilité du traitement, il doive lui-même compter avec une personne étrangère à la profession médicale.

Il nous semble non moins ridicule qu'un pharmacien délivre un remède dont il ne connaît pas les effets et, souvent de bonne foi, critique une ordonnance qu'il ne peut comprendre.

Pour nous, il n'y a qu'un moyen de trancher d'une façon rationnelle la question des rapports de la médecine et de la pharmacie, et ce moyen c'est *l'unité du diplôme avec la liberté absolue d'exercice pour les diplômés.*

Cette solution, nous le savons, soulève quelques objections : pourquoi, nous dira-t-on, imposer à l'homme qui n'en a que faire, des connaissances étrangères à la profession spéciale qu'il exercera ? Ce surcroît d'études fera perdre à l'étudiant un temps précieux et augmentera toujours des sacrifices pécuniaires souvent lourds à supporter.

Cette objection, la seule qui ait quelque fondement, ne saurait en aucune façon nous arrêter.

Disons d'abord que le diplôme unique ouvre l'accès aux deux professions exercées soit séparément, soit simultanément. L'objection tombe donc en ce qui concerne la plus grande partie des intéressés. Restent ceux qui voudront se spécialiser et se livrer à l'exercice d'une seule des deux professions : alors encore nous prétendons que l'unité de diplôme est avantageuse.

Ne voyons-nous pas actuellement nombre de pharmaciens rechercher le grade de docteur en médecine, sans avoir pourtant l'intention d'exercer la médecine ? Ne voyons-nous pas les pharmaciens les plus en vogue se recommander de leur titre : *Pharmacie du Dr X.* ... ? Si le titre de docteur en médecine est recherché, c'est donc qu'on lui accorde quelque valeur. Et d'ailleurs, le pharmacien n'est-il pas appelé par la force même des choses à exercer de temps en temps la médecine ? N'est-il pas obligé, chaque jour, de faire un premier pansement, d'arrêter une hémorrhagie, de donner des premiers secours ? Croit-on qu'il lui serait inutile de posséder quelques connaissances médicales ? Pense-t-on enfin que ces mêmes connaissances seraient nuisibles aux progrès de la pharmacie ?

Quant au médecin, en aucun cas, il ne peut prétendre que des connaissances en pharmacie lui soient inutiles. S'il devait négliger tout ce qui ne lui doit pas être d'une utilité immédiate, il faudrait singulièrement réduire le programme de ses études : à quoi servirait d'étudier la médecine opératoire à celui qui est fermement décidé à ne jamais tenir un bistouri ? A quoi servirait d'étudier l'obstétrique pour tel qui ne s'occupera jamais que des maladies des yeux ? Tous nous étudions des matières qu'une fois l'examen passé, nous nous empressons de laisser de côté, pour nous pénétrer plus à fond de celles qui spécialement nous attirent ; est-ce une raison pour dire que le peu qui nous reste de ces matières indifférentes nous soit inutile ? Encore la pharmacie n'est-elle pas au nombre de ces matières : quelque spécialité médicale que nous adoptions, nous avons à compter avec elle ! Dira-t-on qu'elle nous soit inutile ?

La pharmacie d'ailleurs, grâce aux progrès de la chimie et de l'expérimentation physiologique se simplifie de jour en jour. La découverte des alcaloïdes notamment a révolutionné la matière médicale et, chaque jour, nous voyons disparaître ces composés d'un autre âge qui donnaient à la pharmacie un certain air mystérieux et sacerdotal.

D'un autre côté, les conditions de la vie moderne se sont fait sentir sur la pharmacie : il s'est

formé de grands laboratoires où s'approvisionnent les officines des substances qu'elles ne pourraient produire aussi bien et à aussi bon marché. De plus en plus, le rôle du pharmacien se réduit à la confection des ordonnances, et chaque jour ces ordonnances sont plus simples.

Est-il donc vraiment nécessaire pour arriver à un tel résultat de créer un enseignement particulier conduisant à une profession spéciale, d'entourer cette profession d'une législation particulière ? Ne vaudrait-il pas mieux faire de l'enseignement pharmaceutique une branche de l'enseignement médical et transformer les écoles spéciales en écoles mixtes de médecine et de pharmacie ?

Il serait fastidieux de s'étendre plus longtemps sur un tel sujet. Terminons donc en répétant que là est le nœud de la question et qu'en dehors on ne trouvera que demi-mesures et solutions bâtardes.

Nous venons d'indiquer le but qui nous semblait devoir être poursuivi par le législateur ; notre opinion n'ayant guère chance de triompher, consignons maintenant le minimum des revendications du corps médical. Il faudrait d'ailleurs ménager une transition entre l'état actuel et celui que nous appelons de nos vœux, or, nous croyons ces revendications éminemment propres à ménager la transition.

1° La vente des médicaments appartient au pharmacien dans toutes les communes où il existe une officine ouverte.

2° Dans toutes les communes dépourvues d'officine, les médicaments pourront être, comme par le passé, délivrés par les médecins à leurs clients, sans pourtant que les médecins aient le droit de tenir officine ouverte.

Il y aurait, à ce sujet, lieu d'effacer la distinction qui existe entre les médecins au point de vue de la résidence et d'autoriser la délivrance des médicaments dans les communes dépourvues d'officines *par tous les médecins*, qu'ils habitent eux-mêmes une commune pourvue ou non pourvue d'officine.

3° Dans toutes les communes sans exception, le médecin a le droit de délivrer à ses malades les médicaments urgents.

Ces médicaments seront nommément désignés sur une liste annexée au Codex.

La délivrance des *médicaments urgents* mérite une place dans la législation future, elle est amplement légitimée par les progrès de la thérapeutique et les considérations d'humanité qu'on ne saurait oublier en pareil cas. Elle ne causerait au pharmacien aucun préjudice et rendrait d'immenses services au public.

S'il nous fallait donner quelques exemples, pour mieux faire comprendre notre pensée, nous citerions comme médicaments urgents : les médicaments qui s'administrent par la voie hypodermique, les alcaloïdes antipyrétiques, le laudanum, l'éther, l'ergot, le perchlorure de fer, le tartre stibié, l'ipécacuanha, etc..

On arriverait ainsi à une vingtaine de substances qui, toutes, sont de première nécessité et dont l'administration doit être le plus souvent opérée sans retard.

Les savants rédacteurs du Codex Français auront d'ailleurs toute la compétence voulue pour établir cette liste d'une manière convenable.

4° Les pharmaciens ne pourront livrer et débiter les préparations médicinales que sur ordonnance du médecin. Toutefois ils pourront vendre librement et sous leur responsabilité les médicaments simples désignés nommément sur une liste annexée au Codex.

Cette dernière faculté nous paraît être la conséquence naturelle du droit accordé au médecin de délivrer les médicaments urgents.

Quant à la prétention qu'affichent la plupart des pharmaciens au droit de délivrer, de leur propre autorité et *sous leur responsabilité*, tous les médicaments inscrits au codex, elle a lieu de nous surprendre.

Le pharmacien, s'il a étudié la matière médicale, s'il connaît le tour de main nécessaire à la préparation de telle ou telle substance, ignore absolument et la pharmacodynamie et la thérapeutique qui ne lui sont point enseignées. De quel droit revendiquerait-il la faculté de délivrer des médicaments de son chef plutôt que le premier médicastre ou charlatan venu ?

Les guérisseurs de toute sorte, eux aussi, pourraient invoquer leur responsabilité !

Cet empiètement sur l'exercice de la médecine n'est d'ailleurs justifié par aucune considération d'aucune sorte et ne saurait souffrir l'examen.

5° Toutes les fois qu'il aura été constaté que le pharmacien se trouve dans l'impossibilité de fournir un médicament demandé, le médecin aura le droit de fournir à son client ce médicament.

6° S'il n'existe dans une localité qu'une seule officine et que le pharmacien cumule légalement les fonctions de médecin, les autres médecins de cette localité auront le droit de fournir à leurs clients les médicaments qu'ils prescriront, sans pourtant tenir officine ouverte.

Cette mesure essentiellement transitoire nous paraît absolument nécessaire : il serait vraiment absurde qu'un médecin, pour obtenir les médicaments qu'il prescrit, dût envoyer ses clients chez un confrère exerçant lui aussi. C'est là une situation que tout le monde se figure aisément et qui justifie la mesure que nous proposons.

Les vœux que nous venons d'émettre nous semblent aussi modérés qu'équitables et nous ne doutons pas qu'ils ne trouvent près de nos confrères législateurs des défenseurs aussi autorisés que convaincus. (*A suivre.*)

BULLETIN DES SYNDICATS

Association syndicale des médecins de la Loire-Inférieure.

30 novembre 1892.

Présents : MM. Porson, *Président*, Destez, Patureau, Luneau, Huet, Crimail, Paillard, Simoneau, Lacambre, Gouraud, Brindejonc, Josso, Toché, Morin, Saquet, Guyon, Chauvet, Perrion, Redureau, Blaizot.

Le procès-verbal de la dernière séance (29 octobre) est lu et adopté.

MM. les Drs Houeix de la Brousse et Briton sont admis, à l'unanimité, au nombre des membres de l'Association syndicale.

Service d'Assistance.

Le Président a demandé à la Préfecture si les mémoires à produire, par les médecins qui adhé-

feront au règlement du Service de l'Assistance, devront être établis sur papier timbré. On n'a pas pu lui donner de réponse ferme, mais il est probable qu'il faudra employer le papier timbré. Le fisc ne perd jamais ses droits.

M. Paillard a écrit à M. le Président pour faire remarquer que les indigents des parties rurales de la commune de Nantes se trouvent sans secours médicaux, car les médecins du Bureau de Bienfaisance ne sont pas tenus de franchir les limites de l'octroi, et le nouveau règlement ne s'applique pas à Nantes. La Chambre syndicale a reconnu le bien fondé de cette observation et a décidé de proposer au Syndicat de prendre l'initiative d'une pétition aux pouvoirs compétents. Mais, auparavant, elle a jugé utile de s'assurer des adhésions des médecins qui ont, de par leur domicile, une partie de leur clientèle hors l'octroi. Sur l'invitation de M. le Secrétaire des séances, ont été convoqués à une réunion : MM. Chauvet, de la Tribouille, Lacambre, Plantard, Porson, Thoinet, Toché, Bineau, Coloux, Guyon, Houeix, Paillard, Silvera, Redureau, Blaizot. Dix, parmi ces confrères, sont venus ou ont envoyé leur adhésion. Il est donc possible d'appliquer, aux parties rurales de la commune de Nantes, le règlement de l'Assistance, si la Municipalité veut bien voter les fonds nécessaires, et obtenir du Conseil général la même décision.

M. *Josso* affirme que les médecins du Bureau de Bienfaisance sortent des limites de l'octroi. Le service lui semble ainsi assuré pour la partie rurale de la commune.

M. *Paillard* ne croit pas que ceux-ci consentent jamais à se rendre jusqu'à Saint-Joseph, qui est à six kilomètres de Nantes ; il peut se faire qu'ils aillent voir des indigents, à de petites distances en dehors de l'octroi, mais non à des distances aussi considérables. C'est aussi l'avis de plusieurs membres qui prennent part à la discussion.

Cependant, en présence de cette objection, le Président est d'avis de s'enquérir sur la nature des obligations imposées aux médecins du Bureau de Bienfaisance, pour le service de cette partie de la commune de Nantes, avant d'engager plus avant la question, et il demande à l'Assemblée de s'en rapporter à son Bureau, pour mener à bien cette affaire.

La proposition est adoptée.

Plusieurs cas d'exercice illégal sont signalés à Saint-Philbert-de-Grand-Lieu et à Nantes. Avis du premier a été donné au Parquet.

Le Président apprend à l'Assemblée, qu'à Clisson, la Municipalité n'a pas adhéré au règlement, parce que l'Hospice, qui est relativement riche, soigne tous les indigents. Les médecins ont alors demandé que l'Hospice puisse se substituer à la Commune, pour payer les frais d'assistance. L'Hospice même y trouverait profit, l'assistance à domicile étant moins coûteuse que l'assistance hospitalière. Le Conseil municipal a pris une décision dans ce sens, et l'Hospice se substituera à la Municipalité, pour le plus grand bien de tous.

Union des Syndicats.

M. le Président *Porson* rend compte des travaux de l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats.

Cette Assemblée l'a élu, à l'unanimité, Président de l'Union, et il n'a pas cru pouvoir décliner cet honneur fait au Syndicat de la Loire-Inférieure. (*Applaudissements.*)

M. le Dr Luneau a été nommé secrétaire. (*Nouveaux applaudissements.*)

Le secrétaire des séances,
Dr Blaizot.

Syndicat des Médecins de la Vallée de la Meuse.

8 janvier 1893.

Présents : MM. Carion, *Président* ; Beugniès, Bonnet, Amstein, Chuquet, Desplous, Ducleau, Hamaïde (de Fumay), Gignac, Leroy, Pillière, Renson, Séjournet, Trevelot, Vassal.

M. le Président Carion rend compte de la séance de l'Union des Syndicats à laquelle il assistait comme délégué.

Il dit avec quelle sympathie il a été écouté quand il a parlé des efforts du Syndicat pour faire rapporter la convention Franco-Belge de 1881 et quelles espérances on peut fonder sur l'activité du Bureau de l'Union pour la réalisation du vœu qui a été émis.

Le Syndicat s'occupe ensuite de questions d'intérêt local et la réunion se termine par le banquet traditionnel.

Le Secrétaire, Dr Renson.

Syndicat médical d'Avesnes (Nord).

BUREAU :

MM. Culot, *Président*, Maubeuge ;
Girard, *Vice-Président*, Avesnes ;
Gardin, *Secrétaire-Trésorier*, Avesnes.

Membres :

MM. Banteignies, *Berlaimont.*— Dematte, *Avesnes.*— Mary, *Cartignies.*— Deltour, Martin, *Cousobre.*— Mercier, *Dourlers.*— Hainaut, *Ferrière-la-Grande.* — Carret, Follope, *Hautmont.* — Antier, Jean, Mormier, *Maubeuge.* — Marlier, *Sains-du-Nord.*— Willot, *Sobre-le-Château.*— Lecocq, *Villiers-Saint-Nicole.*— Bourbon, *Wignehies.*— Riche, *Jeumont.* — Marquis, Sirot, *Avesnes.* — Jacquemart, *Bavay.*— Leclercq, Fourdrignier, *Etrœungt.* Drapier, *Fourmies.* — Lemaire, *Prisches.* — Lehoue, *Sars-Poteries.*— Lecat, *Glageon.* — Lebon, *Louvroil.*

Le Syndicat médical d'Avesnes a adhéré *à l'Union des Syndicats médicaux*, le 5 décembre 1892.

REPORTAGE MÉDICAL

Encore une victime de notre profession. — Nous avons le regret d'apprendre que M. *Mariotte*, étudiant en médecine, stagiaire à l'hôpital Lariboisière, vient de mourir d'une angine diphtéritique contractée dans son service.

— En 1892, le dispensaire Dolfuss, entretenu aux frais de Mme Dolfuss, et créé sur le modèle de celui de M. *Gibert*, il y a 10 ans, a donné, à des adultes 821 consultations et à des enfants 2.244. Les frais généraux et la distribution des médicaments n'ont occasionné, dit le directeur, Dr *Laurentz*, que *huit mille francs* de dépenses.

— *Dernier écho du choléra : infirmiers et infirmières à l'Hôtel de Ville.* — Jeudi, 16 février, a eu lieu la réception par la municipalité parisienne des infirmiers et infirmières qui se sont fait remarquer par leur zèle pendant la dernière épidémie de choléra.

M. Sauton, président du conseil, et de nombreux conseillers municipaux, M. Poubelle, préfet de la Seine, M. Lozé, préfet de police, occupaient une estrade en face de laquelle était rangé le personnel hospitalier, ayant à sa tête M. Peyron, directeur de l'Assistance publique. On remarquait Mme Brochard, sous-surveillante à l'hôpital Tenon, décorée de la Légion d'honneur, et Mlle Nicole, ancienne directrice de l'école des enfants à la Salpêtrière, également titulaire de la Légion d'honneur.

M. Sauton a rendu hommage au dévouement du personnel laïque et a rappelé les noms de ceux qui sont morts en faisant leur devoir : M. Bruay, Mme Niederlander, M. Bourdin, M. Bourbon, M. Charrière, Mme Duronçay.

M. Poubelle a félicité les surveillants, infirmiers et infirmières des progrès que fait chaque jour leur instruction professionnelle, et les a exhortés, non seulement à soigner les malades, mais encore à les aimer et à les consoler.

Quelques mots de remerciements ont été dits par M. Peyron, et tout le monde est passé dans un autre salon où des rafraîchissements avaient été préparés.

— *Médecine et médecins articles de réclames.* — *Le Bulletin du Syndicat des médecins de la Seine* signale une tentative vraiment curieuse, qui n'est d'ailleurs probablement, du moins nous nous plaisons à le croire, qu'une tentative d'escroquerie à l'égard des gens trop crédules. Le journal *l'Opinion des Ve et VIe arrondissements*, offre *gratuitement à tout abonné d'un an* une des trois primes suivantes : 1° *Partitions de musique* ; 2° *Contentieux et avocat* ; 3° *médecin et pharmacien.* Cette dernière prime consiste en ce qu'un médecin du quartier sera à la disposition des abonnés un jour par semaine, et pourra leur délivrer une ordonnance avec laquelle ils se feront remettre, sans frais, chez un pharmacien désigné, les médicaments les plus urgents. Mais le journal ne donne pas l'adresse de ses collaborateurs bénévoles, sous prétexte qu'ils refusent tout ce qui pourrait ressembler à une réclame. Cela est tellement invraisemblable que nous nous refusons à croire qu'il y ait autre chose qu'une exquise duperie des gogos. Ce qui est invraisemblable, ce n'est pas, hélas ! la gratuité hebdomadaire des soins médicaux, quoiqu'elle soit dans ce cas particulièrement humiliante, mais c'est la gratuité des médicaments : ça risquerait de devenir trop onéreux ou pour le pharmacien, ou pour le journal ; c'est là qu'on voit passer le bout de l'oreille, et Maître Baudet aura beau faire, il ne pourra nous persuader qu'il soit autre chose qu'un âne.

— *Un sceptique.* — Un gentleman, qui professait un grand scepticisme à l'égard de la médecine et une profonde aversion pour les médecins, ayant été atteint d'un gros rhume de poitrine, s'est guéri de la manière suivante. Il fit bouillir des vers de bois et une sorte de bière ensemble, et but abondamment de cette décoction avant de se coucher. Le lendemain il prit cinq pilules, mit une espèce d'emplâtre sur sa poitrine, un autre sous les bras et encore un autre dans le dos. D'après le conseil d'une vieille dame d'expérience, il enleva le tout, dans l'après-midi, avec un couteau à huîtres, et colla à la place un cataplasme de moutarde. Puis il se mit des briques chaudes aux pieds et se coucha. Le lendemain, une autre vieille dame arriva avec une bouteille d'huile d'oie et lui en administra une dose sur le bout d'une plume. Une tante, qui avait appris qu'il était souffrant, apporta une botte de fougère dont elle prépara un thé qu'elle lui fit prendre toutes les demi-heures jusqu'à midi. A ce moment il prit une forte dose de sel. Après dîner, sa femme qui avait consulté une vieille lady très célèbre dans High-Street, lui donna deux pilules de sa composition, de la grosseur et de la forme d'une noix, et deux cuillères à soupe d'un baume de ménage pour les faire descendre. Puis, sur l'avis d'un vieux capitaine qui se trouvait en visite dans le voisinage, il prit une demi-pinte de rhum chaud et s'étuva les jambes avec un bain d'alcool. Pendant cette opération, deux voisins arrivèrent, qui trouvèrent d'un commun accord qu'il avait le sang en mouvement et lui donnèrent une infusion de menthe poivrée, et une bonne dose d'huile de ricin. Avant d'aller se coucher, il prit huit nouvelles pilules, s'enveloppa le cou d'une flanelle trempée dans un mélange de vinaigre chaud et de sel, et fit brûler des plumes sur une pelle rouge dans sa chambre. Il est maintenant complètement guéri et plein de reconnaissance. Nous conseillons à nos lecteurs de couper cette recette et de la conserver, de façon à l'avoir toute prête en cas de besoin. (*Student's Journal.*)

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

Traité Clinique et Thérapeutique de la Tuberculose Pulmonaire, par le Docteur S. BERNHEIM. — Un vol. in-8 de 600 pages, **7** fr. **50**, à la Société d'Editions Scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris. Net **6** fr. franco pour MM. les membres du Concours médical.

Depuis les immortelles découvertes de la contagiosité de la tuberculose, par Villemin, et du bacille, par Koch, de très nombreux travaux ont été publiés sur la tuberculose pulmonaire. Aucun auteur n'a cependant étudié dans son ensemble ce long chapitre de la Pathologie. S'inspirant des nombreuses recherches poursuivies dans tous les pays et de ses travaux personnels, le Dr Bernheim a décrit dans ses moindres détails la phtisie pulmonaire.

Si l'on voulait indiquer tous les points intéressants de cette œuvre, on serait forcé de s'arrêter à chaque page. Contentons-nous de signaler les idées dominantes de ce livre : 1° dans l'Etiologie, l'auteur démontre que, tous les cas de phtisie étant gagnés par la contagion, on pourrait enrayer l'envahissement de cette maladie et même la faire disparaître ; 2° dans le chapitre de la Clinique, l'auteur insiste sur l'importance du diagnostic, qu'on doit faire surtout au début de la phtisie, et il indique les moyens d'établir, à cette période, le diagnostic précoce ; 3° M. Bernheim affirme que la phtisie guérit spontanément dans de nombreux cas et qu'elle est curable thérapeutiquement à toutes les périodes de la maladie ; 4° les nombreux moyens thérapeutiques d'hygiène, d'antisepsie, de vaccination, de climatologie, etc., sont exposés à profusion et leur valeur est discutée par l'auteur.

Fait par un clinicien, ce livre est instructif et pratique, parce que le chapitre de la clinique est riche en observations, parce que l'anatomie pathologique et la bactériologie sont décrites avec simplicité ; il est encourageant aussi, car il cite de nombreux cas de guérison.

L'hygiène nouvelle dans la famille, par le Dr CANCALON, préface de M. Dujardin-Beaumetz, Société d'Editions Scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris. Prix : **3** fr. **50**. Envoi franco par la poste contre un mandat adressé à M. le Directeur de la Société.

L'ouvrage du Dr Cancalon est un plaidoyer chaleureux en faveur de l'hygiène. Il en expose les principes avec une clarté vraiment séduisante. Les principaux aspects du sujet : *fermentation, contagions, antisepsie, hérédité, soins immédiats et urgents, signes lointains* et insidieux des maladies sont traités avec un grand talent d'exposition. Il ne manque pas non plus de points de vue originaux où l'auteur a mis la marque d'un esprit ingénieux.

Le Directeur-Gérant : **A. CEZILLY.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André. Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année N° 9 4 Mars 1893

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »
ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement chirurgical de l'endométrite cervicale des nullipares.

Pour compléter notre étude du traitement des métrites (1), nous tenons à résumer la récente communication de M. le Dr *Bouilly* à la Société de chirurgie sur le traitement des métrites des femmes n'ayant jamais eu d'enfants.

Les femmes qui ont ces écoulements tenaces, visqueux, adhérents, sont d'ordinaire stériles. Ces malades souffrent peu. Elles ont des pesanteurs dans le bas-ventre. L'affection est-elle d'origine gonorrhéique?

Nous le croyons, contrairement à l'opinion de M. Reynier, qui y voit encore du lymphatisme. Comme dit M. Terrier, il n'y a pas de catarrhe cervical sans infection.

Dans ces métrites, le curettage échoue. Les injections antiseptiques ne font absolument rien. Les tampons imbibés d'alun, de tanin, n'ont aucun effet. Les topiques appliqués sur la muqueuse cervicale ne réussissent pas souvent. Les lésions glandulaires sont si profondes que l'antisepsie cervicale échoue. Le hersage employé par Doléris donne quelques bons résultats. Le Schrœder est une opération compliquée, délicate, qui exige des sutures multiples. En somme, c'est une grande opération pour une petite lésion.

M. Bouilly propose l'opération suivante :

Il commence par dilater l'utérus pendant 2 jours. Après lavage et raclage de la cavité utérine, on fixe la lèvre supérieure et inférieure du col et on commence l'opération proprement dite.

Avec un bistouri long et étroit, il enlève sur la demi-circonférence de chaque lèvre un lambeau épais de 2, 3 ou 4 millimètres d'épaisseur, suivant la profondeur des lésions. On abrase ainsi la muqueuse, de façon à former deux gouttières qui se regardent par leur concavité. On a soin de conserver un pont de muqueuse sur les parties latérales du col. Cette muqueuse servira d'amorce pour la régénération. L'orifice externe est largement ouvert. On bourre la cavité cervicale avec de la gaze iodoformée. M. Bouilly a fait 40 fois cette opération et n'a eu qu'un échec. Il a noté de petites hémorrhagies post-opératoires. Il y a donc lieu de faire un tamponnement soigneux. Il a obtenu la conception deux fois chez des femmes stériles depuis longtemps.

C'est une opération peu grave, mais assez délicate qui demande quelqu'exercice.

Variole et vaccine.

Les remarquables expériences de Fischer sur la transformation de la variole en vaccine par les cultures sur l'espèce bovine, n'ont pas encore convaincu les anciens adeptes de la théorie de Chauveau. A la Société médicale des hôpitaux, une discussion s'est ouverte sur ce sujet à l'occasion d'une intéressante observation de M. Juhel-Rénoy.

Un jeune homme de 20 ans, vacciné dans son enfance, perd sa mère, d'une variole hémorrhagique le 5 janvier dernier. Le 9 janvier, il se fait revacciner. Le 12, il est pris des prodromes de la variole et entre à Aubervilliers. Le 14, éruption de variole discrète débutant par la face. Le 16, apparition de trois *pustules vaccinales* remarquablement développées, aux points d'inoculation.

D'autre part, le frère de ce malade, âgé de 24 ans, ayant été vacciné dans l'enfance, soigne lui aussi sa mère, mais ne se fait pas revacciner. Le 12 janvier, le même jour que son frère, il est pris des prodromes de la variole, mais l'éruption, également discrète, ne se montre que le 16 au lieu du 14.

Il résulte de ces deux faits : qu'une variole

(1) *Concours médical* 1892, pages 508, 518.

mortelle peut ne donner naissance qu'à une variole bénigne, même en l'absence de toute revaccination ; que si l'inoculation vaccinale est pratiquée pendant les prodromes de la variole ou les deux premiers jours de l'éruption, elle réussit en ce sens que les pustules vaccinales se développent, mais rarement la variole en est avantageusement modifiée.

L'histoire du premier malade confirme aussi l'opinion de Biedert, que l'immunité contre la variole commence seulement huit jours après la vaccination. Chez ce malade, qui avait été revacciné cinq jours avant, la variole a été bénigne.

M. Dumontpallier partage l'avis de Fischer, qui croit à l'unité des 2 manifestations, variole et vaccine ; mais M. Barth a observé autrefois, avec M. Fernet, un enfant dont la mère venait de mourir de variole. On avait vacciné de suite cet enfant, mais il était trop tard. Les deux affections évoluèrent parallèlement. Au point de vue clinique, la marche simultanée des deux affections vient à l'appui de la doctrine de la dualité des virus.

La vaccination n'est donc pas toujours suffisante pour empêcher l'évolution de la variole, quand elle est pratiquée pendant la période d'invasion : c'est ce que nous devons retenir de cette discussion ; il est plus sage de vacciner d'avance, en bonne santé, que d'attendre l'imminence de la maladie.

La digitale et la digitaline.

Nous parlons tous les ans de la digitale et de la digitaline et, ce semble, pour répéter toujours la même chose. Eh bien ! cela prouve seulement que peu de médicaments ont une telle importance et une telle utilité pratique. M. le professeur Crocq vient d'exposer, à l'Académie de Belgique, ses idées sur la valeur physiologique et sur les indications thérapeutiques de ce précieux médicament.

D'abord il repousse la dénomination, vicieuse quoique classique, de tonique que certains orateurs ont unanimement donnée à la digitale.

Ce qui a fait dire que la digitale est un tonique cardiaque, c'est que, par suite de son emploi, la fréquence des systoles cardiaques, cause de fatigue et de parésie de la fibre musculaire, est diminuée et, partant, le pouls devenant moins fréquent, devient en même temps plus énergique. Il ne s'agit, toutefois, que d'une régularisation, d'une cessation d'un travail exagéré et épuisant.

Au surplus, si la digitale était réellement un tonique cardiaque, elle serait le spécifique de la stéatose et de la dilatation parétique du cœur. Or, il est cliniquement démontré que, dans ces cas, elle amène rapidement une issue fatale : ce qu'il faut, au contraire, c'est recourir aux excitants : vin, alcool, noix vomique, cannelle, café, caféine, etc.

Contrairement à toutes les substances toniques, telles que les aliments, l'huile de foie de morue, le fer, etc., qui fortifient l'organisme en tout ou en partie, en favorisant la nutrition, la digitale ne fortifie pas le muscle cardiaque, pas plus que l'alcool ne fortifie le cerveau. Loin d'être un tonique du cœur, la digitale, à dose trop forte, paralyse le cœur, comme l'alcool paralyse le cerveau. A dose modérée, thérapeutique, la digitale est, d'après Trousseau et Pidoux, un sédatif du cœur. Par son action sur le pneu[mogastrique], elle ralentit les battements cardia[ques], qui sont encore modérés par l'augmenta[tion] de résistance au cours du sang résultant d[u] rétrécissement du calibre des petits vaisseaux; elle exerce aussi une action diurétique.

Les effets de la digitale et de la digitali[ne] sont, d'après Traube :

Dans une première période, ralentissement d[u] pouls et augmentation de la tension artériel[le] (en plus, vaso-constriction des artérioles, d'apr[ès] M. Crocq).

Dans une seconde période, ralentissement d[u] pouls, mais avec diminution de la tension art[é]rielle.

Dans une troisième période, accélération d[u] pouls et diminution de la tension artérielle.

Parmi les préparations médicinales, M. Croc[q] donne la préférence à la teinture et surtout [à] l'infusion. Il est adversaire des doses fort[es] (4 gr. par jour), qu'il considère comme dange[reuses], sans toutefois s'en tenir pusillanimemen[t] à des doses inefficaces. Il prescrit l'infusion à l[a] dose moyenne de 50 centigr. à 1 gr. pour 100, e[n] 24 heures.

Le savant professeur insiste sur les princ[i]pales indications de la digitale : les lésions valv[u]laires, surtout celles de la valvule mitrale, l'en[]docardite aiguë, le rhumatisme articulaire aig[u], la pleurésie, l'érysipèle, certaines formes co[n]gestives et hyperthermiques de la fièvre typhoïde, la pneumonie aiguë et aussi l'hémoptysie.

MÉDECINE PRATIQUE

Des complications d'origine cardiaque, pendant le travail et les suites de couches.

Tout cardiaque est, non pas un malade, ma[is] bien plutôt un infirme du cœur. Cependa[nt] cette infirmité n'empêche pas la plupart d[es] cardiaques de vivre longtemps sans accide[nt] notable, s'ils se trouvent toutefois dans de bo[n]nes conditions hygiéniques ; elle ne les empêc[he] même pas de supporter une fatigue moyenn[e] tant que leur myocarde n'est pas altéré. C'est [ce] qui explique qu'un certain nombre de femme[s] atteintes d'affections du cœur aient pu mener u[ne] grossesse à terme, sans complication. Mais [il] n'en est pas toujours ainsi ; et le surmenage im[]posé au cœur par la gestation peut avoir po[ur] effet de faire naître ou d'accentuer des symp[tô]mes d'insuffisance fonctionnelle ; de même q[ue] la fatigue brusque et exagérée ou les modifica[]tions survenues pendant le travail et les suit[es] de couches peuvent déterminer des acciden[ts] spéciaux comme forme ou comme nature.

Nous allons passer en revue tous les symp[tô]mes qui se montrent pendant la grossesse [et] qui existent également pendant et après l'acco[u]chement ; mais nous n'entrerons pas dans le d[é]tail de ceux qui ne sont que les symptômes or[di]naires de l'asystolie ; après cela nous étudiero[ns] les accidents particuliers au travail et aux suit[es] de couches, en suivant à peu près le plan d'u[ne] thèse intéressante où cette question vient d'êt[re] traitée (1).

(1) De quelques complications du travail et d[es] suites de couches, par les cardiopathies. Thèse [de] Paris, 1893, par H. Villeprand.

I. — *Complications communes à la grossesse et à l'accouchement.*

En premier lieu, il faut noter les *troubles de la petite circulation* par rétrogradation du sang du ventricule hypertrophié dans l'oreillette et de celle-ci dans les veines pulmonaires : ce sont notamment des bronchites congestives persistantes, avec parfois une dyspnée intense et une expectoration abondante ; les hémoptysies ne sont pas rares.

Les *troubles de la grande circulation* donnent lieu à des congestions viscérales multiples : congestion hépatique avec hématémèses, épistaxis, troubles digestifs ; congestion rénale avec urines rares, albumineuses ; œdème plus ou moins étendu ; ascite ; hydrothorax simple ou double.

Tous ces accidents se montrent de préférence dans la seconde moitié de la grossesse et s'accentuent à mesure que le terme approche. Mais il n'est pas rare que l'accouchement ait lieu prématurément, à sept ou huit mois, selon la force de résistance du cœur. — Quand le travail est commencé, les douleurs et les efforts, par la gêne nouvelle qu'ils apportent à la circulation, mettent rapidement la femme en danger, en provoquant l'*asystolie*. On constate souvent de l'œdème pulmonaire ; l'angoisse de la malade est extrême, la dyspnée considérable allant jusqu'à l'orthopnée.— Dans ces conditions, la mort peut être la terminaison, avant que la délivrance soit terminée, ou quelque temps après. Dans un certain nombre de cas, l'accouchement, suivant l'expression de Peter, n'est pas seulement une délivrance maternelle, mais c'est encore une *délivrance cardiaque*. Mais il est des cas où les symptômes graves persistent plusieurs jours avant de s'amender, et d'autres où la délivrance n'est le signal d'aucune amélioration, et où la mort survient, un nombre variable de jours après l'accouchement : deux fois, la mort n'est survenue qu'au bout de 23 jours.

A côté de ces phénomènes d'asystolie, il faut noter des *troubles d'innervation cardiaque*, palpitations, dyspnée, accès d'oppression, ordinairement passagers et non accompagnés de signes stétoscopiques pulmonaires. — Ces troubles peuvent se produire pendant la grossesse et obligent à un repos presque absolu. Quand vient le travail, la dyspnée se montre de nouveau, plus intense, mais tout rentre dans l'ordre une fois l'accouchement terminé.

La *syncope* d'origine cardiaque peut s'ajouter au cortège des symptômes d'asystolie. Elle peut être la conséquence d'une myocardite dégénérative par suite de la mauvaise nutrition résultant des troubles vasculaires ; elle se termine parfois par la mort. — La syncope et la mort subite n'ont pas été signalées plus fréquemment au moment du travail que pendant la grossesse, malgré les raisons théoriques qui feraient de prime abord penser le contraire. — De plus, quoique la syncope et la mort subite soient fréquentes dans l'insuffisance aortique, G. Sée est d'avis que cette affection est compatible avec la gestation, à moins qu'il n'y ait eu déjà des symptômes fonctionnels.

II. — *Complications spéciales au travail et aux suites de couches.*

Nous avons décrit plus haut, cette forme ordinaire d'asystolie, où des accidents déjà existants, deviennent d'une intensité plus considérable sous l'influence de l'accouchement. Mais il est une forme, *asystolie brusque*, qui est absolument spéciale au travail. — Pendant la grossesse, la femme a pu vaquer à ses occupations, sans présenter autre chose qu'un peu d'œdème, autour des malléoles, de l'essoufflement, des palpitations. « L'accouchement a lieu : et cette fois-ci, sans avoir suivi leur progression habituelle, les accidents graves sont brusquement arrivés à leur paroxysme. Dyspnée croissante, état asphyxique prononcé, allant jusqu'à la syncope. Une fois la délivrance effectuée, tout rentre dans l'ordre : le pouls reprend sa force ; les battements du cœur sont plus nets et plus réguliers ; la dyspnée et la cyanose disparaissent. Il semble que tout est terminé et que le danger est conjuré. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Après un calme relatif dont la durée n'est jamais très longue, tout d'un coup, la malade commence à se sentir suffoquée. La dyspnée devient rapidement considérable, la vue se trouble, le cœur affolé manifeste sa faiblesse par ses battements tumultueux, sourds, irréguliers ; l'œdème gagne en peu de temps les poumons, l'asphyxie se prononce de plus en plus : le danger est extrême. Si l'on n'intervient pas rapidement, la malade succombe après une courte lutte (1). » Dans quelques cas, on a pu voir l'accès de suffocation se montrer après l'accouchement alors que tout s'était bien passé jusque-là. — Pourquoi le cœur qui a jusqu'alors suffi à sa tâche, se montre-t-il brusquement insuffisant, surtout au moment où la délivrance effectuée semble devoir faciliter son fonctionnement ? On a invoqué deux hypothèses contraires. Pour les uns, il y a appel de sang dans la cavité abdominale, la tension est diminuée dans le système veineux, le cœur droit ne reçoit plus assez de sang et l'hématose n'est pas suffisante. Cette hypothèse est en contradiction avec les faits cliniques et la suivante nous paraît plus vraisemblable : bien qu'il y ait appel de sang dans la cavité abdominale, il se produit par suite des contractions et de la rétraction de l'utérus une tension plus grande dans le système veineux et le cœur droit, le sang étant brusquement chassé des sinus utérins dans les veines abdominales ; celles-ci d'ordinaire peuvent se distendre et préserver ainsi le cœur droit. « Mais, lorsqu'elles sont déjà distendues par la stase veineuse, elles ne peuvent plus se dilater, et la *vis à tergo* détermine une poussée qui retentit sur le cœur droit et le paralyse en poussant à l'excès sa dilatation (2). » Les autopsies faites, et les succès obtenus par des saignées abondantes prouvent que cette hypothèse est d'accord avec la clinique et l'anatomie pathologique.

L'endocardite puerpérale aiguë, bien connue maintenant, est rarement produite par la grossesse ; elle est surtout spéciale aux suites de couches, et c'est une affection cardiaque d'origine généralement infectieuse qui peut donner naissance à des complications très graves : nous voulons parler des accidents dus à la formation d'*embolies*. La production des embolies est certainement favorisée par la dilatation des cavités du cœur sous l'influence des lésions orificielles ;

(1) Thèse de Villeprand, loco citato.
(2) Ibidem.

ce sont des fragments de caillots, des parcelles de valvules, des végétations verruqueuses qui vont se porter surtout dans les poumons et le cerveau. — L'*embolie cérébrale* porte généralement sur une des sylviennes, et, d'après Porak, l'hémiplégie droite n'est pas plus commune que l'hémiplégie gauche. La production des accidents est brusque avec ordinairement perte de connaissance ; la mort en est souvent la conséquence. Si la malade survit, les accidents ne s'amendent qu'avec lenteur. — Dans tous les cas d'*embolie pulmonaire*, la mort est généralement la règle. Quelquefois il y a mort subite, ou au bout de quelques minutes, on observe une défaillance brusque avec pâleur de la face, un peu d'écume vient aux lèvres, la pupille se dilate, il y a quelques mouvements convulsifs, et la mort survient. D'autres fois, la lutte se prolonge, et peut même durer plusieurs jours : la scène est caractérisée surtout par les phénomènes dyspnéiques, le nombre des respirations monte jusqu'à 50 par minute, il n'y a pas de tirage, pas d'obstacle à la pénétration de l'air dans la poitrine, et cependant la malade a de l'orthopnée, la face bientôt cyanosée ; pas de toux, pas d'expectoration ; l'auscultation de la poitrine est négative au début, mais au bout de quelques jours on peut constater autour d'une zone silencieuse, des râles humides de congestion pulmonaire ; la température centrale descend à 36° et même au-dessous ; l'intelligence reste intacte ; puis, à la fin, surviennent quelques mouvements convulsifs, et la malade meurt. Parfois la maladie procède par accès de dyspnée, augmentant progressivement d'intensité ; c'est dans cette forme qu'on a noté quelques cas, bien rares, de guérison. — Les embolies peuvent se porter sur d'autres viscères, et provoquer des infarctus, notamment dans les reins et la rate : on ne peut guère les reconnaître pendant la vie.

Les *métrorrhagies* qui ont été signalées chez les cardiaques pendant la grossesse par Duroziez, se produiseut surtout au moment de la délivrance, et peuvent être très abondantes. Ce n'est d'ailleurs que si l'hémorrhagie est d'une abondance extrême, ou très tenace, qu'elle constitue un danger ; on a cité des métrorrhagies qui ont duré plusieurs semaines.

Comme complications rares, on a signalé la rupture d'un kyste hydatique de la cloison interauriculaire, la rupture d'un ventricule altéré, d'anévrysmes de l'aorte : la mort subite en est évidemment la conséquence.

Quel *pronostic* peut-on porter sur une cardiaque qui est enceinte ? Il faut, pour résoudre ce problème, faire entrer en ligne de compte différents éléments. Le pronostic variera suivant l'âge et la constitution de la femme, sa position sociale, son état de santé antérieur et les manifestations de l'affection cardiaque jusqu'au moment présent : ainsi une femme jeune, pouvant rester au repos, avec une bonne hygiène et une alimentation choisie, n'ayant eu que des accidents très légers, palpitations, un peu d'œdème, aura bien des chances pour mener à bien sa grossesse ; c'est l'opinion de M. Jaccoud qui autorise le mariage, lorsque ces conditions peuvent être remplies. — Si la malade a eu des grossesses antérieures, il faut s'informer comment s'est comporté le cœur, pendant la grossesse, le travail et les suites de couches. — Mais c'est surtout l'état actuel du cœur et de la circulation qui devra attirer l'attention. Le pronostic varie avec la lésion orificielle, et l'orifice atteint. Quoiqu'on ne puisse pas s'en rapporter absolument aux statistiques hospitalières, qui sont des statistiques d'exception, car tous les cas graves, survenant dans les classes pauvres sont adressés à l'hôpital ; cependant elles donnent des renseignements intéressants, non pas tant au poiut de vue de la fréquence relative des accidents et des oas de mort, que de la différence de gravité qui existe entre les diverses affections cardiaques. De cet examen il semble résulter que les lésions mitrales, surtout le rétrécissement, sont les plus dangereuses. L'insuffisance aortique ne vient qu'en troisième ligne, dans les accidents du travail et des suites de couches. — En résumé, le pronostic doit toujours être réservé, et quoiqu'on puisse espérer qu'un certain nombre de grossesses chez les cardiaques se termineront d'une façon satisfaisante, on ne peut jamais l'affirmer. En disant « Pas de mariage, pour une jeune fille atteinte de maladie de cœur ; pas de maternité, si elle est mariée ; pas d'allaitement, si l'accouchement est terminé ». M. Peter a certainement été un peu trop sévère, mais il est préférable, dans la pratique, de se baser sur cette sévérité, que de montrer une confiance que les événements peuvent démentir. En tout cas, une précédente grossesse menée à bieu, n'autorise pas du tout à éclaircir le pronostic, car, plus il y a eu de causes de fatigues antérieures, moins le cœur sera disposé à supporter de nouvelles fatigues. N'oublions pas enfin que la grossesse se termine assez fréquemment par un avortement.

Le *traitement* de ces accidents doit être divisé en deux parties ; traitement préventif, et traitement des complications elles-mêmes.

Le traitement préventif cousistera à mettre la malade dans les meilleures conditions hygiéniques possibles ; il faut conseiller le repos à peu près absolu dans les derniers mois, faire prendre quelques toniques, donner la digitale s'il survient quelques signes d'asystolie. — Si les accidents sont menaçants, avant que la grossesse soit à terme, on pourra songer à l'avortement provoqué, ou à l'accouchement prématuré artificiel. On cherchera toujours à prolonger la grossesse jusqu'au moment où l'enfant est viable, mais si le danger est réellement pressant, il est préférable de provoquer l'avortement, afin de sauver la mère s'il est possible. D'ailleurs, il faut bien savoir que l'enfant est en général chétif, et que les accidents que nous avons décrits au moment ou à la suite de l'accouchement spontané, peuvent se produire avec l'accouchement prématuré artificiel, et faire succomber la femme au bout de quelques jours. Certains auteurs n'hésitent pas dans ces cas à conseiller l'emploi du chloroforme et déclarent s'en être bien trouvés.

Au moment du travail, il faut surveiller la malade et se tenir prêt à terminer rapidement l'accouchement, s'il est nécessaire. M. Villeprand conseille à ce moment, même en l'absence de tout phénomène grave, de donner la digitale, de façon à renforcer l'énergie du cœur ; on éviterait, par ce moyen, les accidents des suites de couches.

Contre les dangers de l'asystolie brusque avec cyanose et asphyxie menaçante, la saignée

est un moyen héroïque de faire disparaître les accidents ; elle doit être de 400 à 500 grammes. En même temps on fera des injections d'éther et de caféine, et une application énergique de ventouses sur la poitrine, s'il y a de l'œdème pulmonaire. L'action si rapide de la saignée a poussé quelques accoucheurs anglais à laisser se produire une certaine hémorrhagie après la sortie du placenta.

Quand l'hémorrhagie est un danger, on la combat par les moyens ordinaires, massage de l'utérus, injections chaudes, etc.

Dans les cas d'embolie, tous les moyens employés ont peu d'action ; cependant on stimulera le système nerveux par les révulsifs cutanés et les injections hypodermiques de caféine, d'éther, de camphre. M. Villeprand conseille la formule suivante :

Huile d'amande douce 18 centimètres cubes.
Ether............................ 2 —
Camphre .... 4 grammes.
Une seringue, toutes les cinq minutes.

Dr P. Hervouet.

CLINIQUE OTOLOGIQUE

Traitement de l'otite moyenne purulente chronique.

Pour faire pleinement ressortir toute l'importance de cette question, il suffit d'énumérer les graves complications qui peuvent résulter d'un traitement insuffisant et incomplet, ou de la négligence des malades. Toutes ces complications, d'un pronostic si sévère — depuis les cholestéatomes et les polypes qui mettent la vie en péril, lorsqu'ils font obstacle à l'écoulement du pus, jusqu'à la phlébite, la thrombose du sinus latéral et l'infection purulente, jusqu'aux abcès du cerveau, la carie, la nécrose du rocher et la méningite — peuvent être souvent évitées par un traitement suivi et rationnel, appliqué à temps.

Si maintenant, on compare les anciennes méthodes de traitement qui, le plus souvent, ne consistaient qu'en simples injections, suivies d'instillations astringentes, aux méthodes actuelles on peut voir de combien, grâce à celles-ci, ont diminué la durée du traitement et l'incertitude du résultat. Le nombre des substances médicamenteuses est trop considérable et les résultats ont été, d'ailleurs, parfois trop incertains pour qu'on puisse même en aborder l'énumération dans un travail aussi restreint. Il est préférable de parler des méthodes actuellement en usage et presque universellement adoptées, méthodes enseignées et recommandées entre autres par les Maîtres de l'Ecole de Vienne et aussi par le professeur Bezold, de Munich, à qui revient le grand mérite d'avoir introduit l'acide borique dans le traitement des maladies de l'oreille. Ayant suivi pendant plusieurs mois les cliniques de Vienne et de Munich, nous croyons pouvoir donner à ce sujet des renseignements pratiques et utiles.

La base d'un traitement rationnel de l'otite moyenne purulente chronique, est l'évacuation complète et minutieuse des produits de sécrétion remplissant la cavité de la caisse du tympan, car ces sécrétions entretiennent la suppuration et forment, avec les subtances médicamenteuses, des composés qui recouvrent les parties malades et les dérobent à l'action des médicaments. Cette évacuation des produits de sécrétion se fait à l'aide d'injections antiseptiques, avec la seringue ordinaire, lorsque c'est le médecin qui y procède et tel devrait être toujours le cas, avec le traitement de *Bezold* par exemple. A sa clinique, en effet, le professeur, après avoir fait le pansement, renvoie le malade, lui disant de revenir le jour fixé, en lui recommandant de ne pas toucher au pansement fait à la clinique à moins d'écoulement trop abondant. Cependant lorsque les malades sont obligés de se traiter eux-mêmes, on leur recommande, pour éviter tout accident, de faire les lavages avec une seringue à laquelle on adaptera un ajutage en caoutchouc mou, ou bien de se servir d'un petit ballon en caoutchouc, avec ajutage également en caoutchouc. Le liquide employé pour ces lavages est ordinairement une solution boriquée tiède, à 4 %. (Il est inutile de faire remarquer que, pour toutes ces injections, il ne faut user que d'eau stérilisée.) *Urbautschitsch* se sert aussi d'une solution de créoline et de solutions phéniquées, dans certaines otorrhées fétides. *Politzer* emploie quelquefois les solutions de lysol. Quel que soit d'ailleurs le liquide employé, il faut que l'injection soit tiède. Pour bien nettoyer la caisse, il ne suffit pas de faire un lavage ; il faut encore chasser dans le conduit auditif le pus qui est amassé dans certaines parties que n'ont pu atteindre ces injections et c'est dans ce but qu'on emploie, selon les procédés de *Politzer*, les injections d'eau par la trompe d'Eustache au moyen du cathéter et l'aspiration du pus au moyen d'instruments raréfiant l'air dans le conduit auditif externe. Enfin, pour que l'injection ait toute son efficacité et pénètre bien jusque dans la caisse, il ne faut pas négliger de redresser le conduit, en portant le pavillon en arrière et en haut.

La méthode du professeur Bezold consiste, après lavage, à assécher, avec soin, la cavité tympanique, avec des tampons d'ouate aseptique, portés dans la caisse avec la pince courbée ou au bout d'un stylet ; puis, après avoir pratiqué une douche d'air, par le procédé de Politzer ou le cathéter, on insuffle l'acide borique *très finement pulvérisé* (porphyrisé, l'acide borique en petits cristaux étant absolument impropre). Puis on bouche l'entrée du conduit avec de l'ouate aseptique. L'insufflation se fait avec un insufflateur ordinaire, ou plus simplement avec un tuyau de plume d'oie ou un tube de verre qui, reliés à un tube de caoutchouc, permettent au malade de faire lui-même les insufflations, quand il ne peut recourir au médecin. Quand il y a suppuration abondante, ou dans les cas d'otorrhées fétides, le pansement est fait une fois par jour ; puis, quand la sécrétion ou l'odeur diminuent, tous les deux, puis tous les trois jours. Si la poudre reste sèche pendant plusieurs jours, on ne touche pas au pansement et on se garde de faire des injections, qui souvent sont la cause de rechutes. Comme règle générale on peut dire que l'on doit renouveler le pansement lorsque l'ouate est humectée par la sécrétion. Pour la quantité de poudre à

injecter, Bezold recommande de remplir le tiers interne du conduit. Politzer et Urbautschitsch disent qu'une légère couche de poudre, recouvrant les parties sécrétantes, suffit, et qu'en trop grande masse l'acide borique peut avoir des inconvénients. Ce traitement, le plus généralement employé aujourd'hui et dans la grande majorité des cas, a pour avantage d'être simple, non douloureux ; de ne pas former de dépôts adhérents dans la caisse et d'être très souvent couronné de succès, lorsqu'il est fait avec tout le soin et même la minutie nécessaires. Mais quelquefois la sécrétion ne diminue que très lentement et ce traitement seul ne suffirait pas. Parfois il est mal supporté. Urbautschitsch conseille même de ne pas l'employer dans le cas de suppurations profuses et dans le cas de petites perforations de la membrane du tympan. Il faut alors avoir recours à d'autres méthodes et quelquefois l'expérience clinique peut seule décider du choix de la méthode, de même qu'elle conseille parfois de suspendre pendant quelque temps un traitement qu'on reprendra un peu plus tard, avec plein succès. Souvent aussi on se trouve bien d'alterner les méthodes de traitement et d'essayer, par exemple, après l'acide borique, le traitement avec le nitrate d'argent, qui peut donner alors un bon résultat, bien qu'ayant déjà été essayé auparavant il soit resté sans effet.

Ce fut *Schwartze* qui recommanda le premiers l'emploi des solutions de nitrate d'argent concentrées, de 0.50 à 1 gr. de nitrate d'argent pour 10 gr. d'eau distillée. Après un lavage soigneux de l'oreille, on verse dans le conduit 10 à 20 gouttes de la solution, légèrement chauffée et que l'on laisse deux à trois minutes, en recommandant au malade de tenir la tête penchée de côté et un peu en avant pour éviter la pénétration du liquide dans les cavités mastoïdiennes. Puis on chasse le liquide avec une injection tiède. Schwartze recommanda de neutraliser l'excès de liquide qui a pu rester dans la caisse, par une injection d'eau salée. Politzer tient cela pour inutile et même nuisible, car il se forme alors un précipité de chlorure d'argent qui reste adhérent dans la caisse. Enfin dans la pratique privée, pour éviter la formation de taches noires sur le pavillon et à l'entrée du conduit, on a soin d'humecter les parties avec une solution d'iodure de potassium. Puis on bouche le conduit avec de l'ouate et on renouvelle le pansement à la chute de l'eschare qui se produit quelquefois dans les 24 heures, le plus souvent après deux à trois jours. Cette méthode est contre-indiquée dans les cas d'inflammations douloureuses, d'accumulation de masses épithéliales dans la caisse, dans les cas de carie des osselets et du temporal et aussi quand les instillations produisent une réaction trop forte, ou quand la suppuration augmente après plusieurs cautérisations. Si après huit cautérisations, et ce traitement ne doit jamais être abandonné au malade lui-même, il n'y a pas d'amélioration, il faut revenir au pansement à l'acide borique, ou essayer le traitement à l'alcool.

Cette dernière méthode préconisée par *Lauenberg* et *Weber-Liel* consiste, après lavage et asséchage de la caisse et du conduit, à verser dans l'oreille de l'alcool légèrement chauffé et à l'y laisser 10 à 15 minutes. Quelquefois l'instillation produit de la chaleur et plus rarement de la douleur et on peut étendre alors l'alcool d'une égale quantité d'eau, les instillations peuvent être faites chaque jour et même plusieurs fois par jour (2 à 3 fois) et être abandonnées sans inconvénients au malade lui-même. Politzer a eu de bons résultats en employant ce traitement, après les pansements à l'acide borique restés sans effet après plusieurs mois. Ce traitement convient surtout dans la forme *granuleuse de l'otite moyenne purulente chronique* et même dans le cas de *polypes* et est précieux dans le cas d'otorrhées opiniâtres entretenues par des granulations ou de petites masses polypeuses; mais cependant son action est longue et il est bon parfois de lui adjoindre les cautérisations directes avec le nitrate d'argent en substance, dont on fait fondre une goutelette sur la sonde, ou avec l'acide chromique cristallisé. Après ces cautérisations, qu'on ne renouvelle qu'après la chute de l'eschare, on bourre la caisse et le conduit, avec de la gaze iodoformée. Lorsque les granulations sont nettement circonscrites, on peut les enlever avec une petite curette tranchante.

Enfin on doit signaler le traitement à l'acide phénique qui, dans certains cas, a de grands avantages. On se sert en général de solutions contenant 1 partie d'acide phénique pour 10 gr. de glycérine. Après lavage et asséchage, comme à l'ordinaire, on introduit avec la pince une boulette d'ouate trempée dans la glycérine phéniquée et on pousse ce tampon jusqu'à la perforation. On laisse ce pansement pendant 24 heures. Dans le cas d'otorrhées fétides, ce traitement est parfois supérieur aux autres et alors on l'associe à des lavages avec une solution phéniquée. Urbautschitsch, dans le cas d'otorrhées fétides qui résistaient à ce traitement, fait des instillations d'une solution de sublimé à 1 ou 2/1000, après lavages avec une solution de créoline. Il instille 10 gouttes de cette solution. A si petite dose il n'y a pas à craindre d'accidents d'intoxication dans le cas où le liquide viendrait à s'écouler dans le pharynx, par la trompe; cependant il vaut mieux s'en abstenir chez les enfants. D'ailleurs, l'acide borique seul suffit parfois à faire disparaître toute odeur.

Telles sont les méthodes principales de traitement de *l'otorrhée*, mais les unes et les autres peuvent échouer dans certains cas et il faut alors rechercher si l'écoulement purulent n'est pas entretenu par des polypes qu'il faut enlever, ou s'il dépend d'une carie du temporal ou des osselets et on doit intervenir. Mais les opérations indiqués sortiraient du cadre du traitement de l'otite moyenne purulente chronique en général et devraient faire l'objet d'un chapitre spécial,— celui du traitement des complications— chapitre des plus importants dans la pathologie de l'oreille. Enfin on ne doit jamais négliger de traiter les affections *naso-pharyngiennes concomitantes*, point de départ fréquent des otites moyennes purulentes et cause de la persistance opiniâtre et de la tendance à récidiver de certaines otorrhées. Le traitement général peut être un adjuvant, mais le traitement local bien fait est de beaucoup le plus important et suffit à amener la guérison.

Disons, en terminant, qu'après l'arrêt de la

suppuration, il faut s'abstenir de toute médication locale, surtout d'injections et d'instillations qui peuvent faire renaître la suppuration. Lorsqu'il y a tendance à récidives, il suffit d'insuffler une à deux fois par semaine un peu de poudre d'acide borique ; puis s'il y a une perforation persistante, de recommander au malade de fermer l'orifice externe du conduit avec un petit tampon d'ouate, d'éviter la pénétration de l'eau froide dans l'oreille et enfin surveiller l'oreille pendant un certain temps après la disparition de l'otorrhée.

Pierre MAUREL,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

CORRESPONDANCE

Monsieur le Directeur,

Ceux des lecteurs du *Concours*, qui auront bien voulu jeter les yeux sur mon article relatif au *Traitement de l'eczéma chez les enfants*, ont pu s'étonner que je n'aie pas parlé de l'arsenic à ce sujet.

La question me paraissant importante, permettez-moi d'y revenir.

Pour bien des praticiens, maladie de peau, eczéma surtout = arsenic. Cette compréhension de la Dermatologie est véritablement trop commode et trop simple pour être vraie.

J'ai montré dans l'article cité plus haut qu'en tant qu'affection *diathésique*, (il ne saurait y avoir de doute pour l'eczéma aigu), l'eczéma ne doit pas toujours être énergiquement traité. Si la diathèse doit être modifiée, si les enfants strumeux se trouvent en effet bien de l'emploi judicieux des préparations iodées ou de l'administration de l'huile de foie de morue sous toutes ses formes, aurons-nous le même résultat avec la médication *arsenicale* ?

Malgré tout mon respect pour M. Vidal, je ne peux pas ne pas attribuer à l'arsenic autre chose qu'un rôle purement tonique. J'admets qu'il est un excitant de la peau : j'ai vu des eczémas torpides reprendre de l'acuité à la suite d'un traitement arsenical. Mais cette action modificatrice est justement utile pour le traitement. Si l'on ne doit jamais le prescrire pendant les périodes aiguës, les poussées inflammatoires de la maladie, quels services ne nous rend-il pas dans le traitement des eczémas chroniques secs, pityriasiques ou lichénoïdes ?

Ces formes sont rares chez les enfants et si je n'en ai pas parlé, c'est que le praticien est peu sujet à les rencontrer chez eux, relativement aux autres.

Si le cas se présentait, on se trouverait bien de prescrire soit des pilules avec :

Arséniate de fer	0.005
Extrait de douce-amère	0.05

pour une pilule.

Arriver progressivement à donner de 2 à 5 pilules par jour pour un enfant de 10 ans. (Bazin allait jusqu'à 10 ou 15 chez les adultes.)

Soit sous la forme plus agréable de mixture de Wilson :

Vin ferrugineux	45
Sirop simple	} ââ 8
Liqueur de Pearson	
Eau distillée	50

de 1 à 2 cuillerées à café au commencement des repas.

En résumé, l'arsenic convient aux formes torpides de la maladie. Le traitement s'adressant à la diathèse, devra être continué pendant longtemps, mais conduit avec prudence, il donnera toujours de bons résultats.

Dr MÉNEAU.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Revision de la loi sur l'exercice de la pharmacie.

Le médecin qui, en 1882, écrivait l'article sur la *Réforme de la pharmacie* que nous avons publié dans le dernier numéro, ne se préoccupait pas seulement de l'exercice de la pharmacie : son étude était plus complète et portait aussi sur les médicaments et sur la surveillance des officines.

Ce sont encore là des questions qui peuvent intéresser le Corps médical et qui doivent trouver leur place dans une réforme bien entendue.

Nous laissons donc encore la parole à notre confrère.

RÉFORME DE LA PHARMACIE.

(*Suite.*)

§ 2. *Les médicaments.*

Nous n'avons pas à définir ici ce qu'on entend par médicament, mais nous devons nous occuper des diverses sortes de médicaments qui sont délivrés au public.

Ce sont d'abord les *remèdes magistraux* préparés sur ordonnance spéciale ; ce sont ensuite les *remèdes officinaux* préparés à l'avance et conservés dans les pharmacies ; ce sont enfin les *remèdes secrets*.

Des remèdes magistraux nous n'avons rien à dire : aucune règle ne peut être édictée à leur égard ; peut-être cependant devrait-on regarder comme falsification et punir comme telle, *toute substitution* apportée dans l'exécution de la formule.

La question des remèdes officinaux est plus importante, car elle comprend les médicaments spécialisés, autrement dit les *spécialités pharmaceutiques* dont le développement a pris une si grande extension.

On attaque beaucoup, depuis un certain temps, le principe de la spécialisation des médicaments ; on va même jusqu'à demander contre la préparation ou le commerce des médicaments spécialisés des mesures prohibitives. C'est là une tendance contre laquelle proteste le Corps médical.

Sans doute, il existe, parmi ces spécialités, un trop grand nombre de médicaments défectueux ou qui n'ont pas de raison d'être, mais il faut convenir aussi que la spécialisation est absolument nécessaire pour certains produits et que c'est à elle que sont dus nombre de progrès accomplis en pharmacie.

Le commerce des spécialités pharmaceutiques est immense ; il figure pour un chiffre respectable dans les exportations de la France. — Cherchera-t-on par des mesures prohibitives et vexatoires à tarir la source de ce commerce national

dont s'empareront immédiatement des nations rivales ?

Mais ces considérations d'ordre économique ne sont pas les seules qui puissent être invoquées dans le cas présent. Il y a là en jeu une question de propriété et cette propriété ne saurait être contestée. Le médicament qui sort des mains du pharmacien est son œuvre, sa chose, et personne n'a le droit de l'empêcher de marquer de son nom le produit, bon ou mauvais, qu'il a préparé.

C'est au Corps médical qu'il appartient d'apprécier la valeur des produits, d'encourager les bons et de rejeter les mauvais — mais la société n'a d'autre droit, pour s'immiscer dans la question, que celui de s'assurer de la conservation de ces produits et d'empêcher la vente des produits altérés.

Avec la législation actuelle, la responsabilité incombe au pharmacien qui délivre le produit spécialisé ; or, celui-ci n'a le droit ni de déchirer l'enveloppe, ni de briser le cachet. — Nous n'avons pas besoin de dire qu'en l'an XI la spécialité pharmaceutique n'existait pas ; il appartiendra à la législation nouvelle de faire remonter à qui de droit la responsabilité effective.

Quels sont les médicaments, qui peuvent être spécialisés ? Quels sont ceux, d'une manière plus générale, qui doivent être compris dans la catégorie des médicaments officinaux ?

Ce sont :

1° *Ceux dont la formule est inscrite au Codex* ;

2° *Ceux dont la formule a reçu l'approbation de l'Académie de médecine* ;

3° *Ceux enfin dont la formule est intégralement reproduite sur l'étiquette qui les accompagne.*

Nous repoussons les *remèdes secrets* et demandons formellement l'interdiction de leur vente.

Une telle latitude, donnée à la préparation des remèdes officinaux, exige une surveillance sérieuse. Les commissions de surveillance devront avoir le droit d'examiner ces produits, de s'assurer qu'ils sont conformes à la formule qu'ils représentent, de s'assurer enfin qu'ils n'ont pas subi d'altérations.

Les médicaments altérés devront être détruits; les médicaments falsifiés seront saisis et entraîneront des poursuites contre les auteurs de la falsification.

En dehors de ces mesures destinées à sauvegarder la santé publique, nous ne comprenons aucune restriction. C'est qu'en effet cette spécialisation des médicaments est le plus souvent pour le médecin ou pour le public une garantie de bonne préparation.

Nous en appelons à toutes les personnes compétentes : est-il possible de se servir d'alcaloïdes dont on ne connaît pas la provenance ? La marque du préparateur est pour nous la seule garantie que nous puissions avoir, c'est elle qui nous assure de la fixité dans la composition, de la constance dans l'action, etc. Or, qui ne sait que sans les alcaloïdes la thérapeutique serait aujourd'hui impossible ?

Bien des abus, nous en convenons, se sont glissés à la faveur de la spécialisation des médicaments ; mais quelque grands et nombreux que soient ces abus, les avantages assurés par cette spécialisation sont tels qu'ils doivent l'emporter. Notre conviction à cet égard est d'autant plus grande que nous avons l'assurance de voir les abus diminués par une législation prévoyante non moins qu'éclairée.

§ 3. *Surveillance des officines.*

La surveillance des officines et dépôts de médicaments chez les médecins, est encore une de ces questions où le corps médical a un intérêt trop grand pour ne pas faire entendre sa voix.

Tout le monde s'accorde à reconnaître que l'inspection, telle qu'elle existe actuellement, est quelque peu ridicule et doit être complètement réorganisée. Mais si sur ce point il n'y a qu'un avis, l'accord cesse dès qu'on aborde pratiquement cette réorganisation.

Les pharmaciens proposent la création, dans chaque département, de *chambres disciplinaires* analogues à celles des notaires : Ces chambres veilleraient à la bonne tenue des officines, réprimeraient l'exercice illégal et les fautes professionnelles, etc...

Nous ne saurions les suivre dans cette voie et cela pour des raisons diverses :

Tout d'abord, il nous paraît impossible que l'Etat se désintéresse absolument dans une question qui touche de si près à la santé publique. Il nous paraît non moins inadmissible que, dans les commissions de surveillance, aucune place ne soit donnée au Corps médical. Mais surtout nous ne pouvons accepter une surveillance exercée, par les intéressés, sur eux-mêmes.

Les chambres de discipline n'ont guère d'autre effet réel que de maintenir des privilèges étroits et de les défendre contre les réclamations du public. Est-ce exagérer que de dire qu'elles sont trop souvent indulgentes pour des fautes professionnelles et qu'elles ne sévissent que contraintes par l'opinion publique ?

Dans le cas des pharmaciens, le public compétent, qui peut formuler des plaintes est bien restreint : on a et on est obligé d'avoir confiance dans le pharmacien. Qui donc signalera les abus à la Chambre disciplinaire ? Qui l'obligera à sévir ?

Le contrôle qu'elle pourrait exercer de sa propre initiative nous est bien suspect, et nous pouvons, sans désobliger les pharmaciens, prévoir qu'ils seront toujours bien indulgents pour eux-mêmes.

Ce contrôle d'ailleurs doit porter aussi sur les dépôts de médicaments tenus par les médecins, et, à ce compte, les médecins ont, eux aussi, le droit d'être jugés par leurs pairs. Mais, et c'est là une question qu'on ne saurait négliger, les conditions dans lesquelles un médecin et un pharmacien font de la pharmacie sont profondément différentes : il n'est donc que juste de prétendre qu'en pareil cas un pharmacien pourrait être mauvais juge.

Nous pensons, nous, que tous les intérêts doivent être représentés dans les commissions de surveillance : ceux des pharmaciens, ceux des médecins et ceux du public. Nous proposons donc que *ces commissions soient composées* :

1° *de pharmaciens élus par leurs pairs* ;

2° *de médecins élus par leurs pairs* ;

3° *de délégués de l'administration.*

Le nombre des délégués variera nécessairement selon le nombre des officines ou dépôts de médicaments à inspecter, mais leur proportion respective restera toujours la même.

La commission pourra se partager en sous-commissions pour la visite des officines, mais les produits saisis devront être présentés à la commission plénière qui seule aura qualité pour provoquer l'intervention de l'action publique.

Nous pensons qu'une telle composition de la commission la mettrait à l'abri de toutes los critiques, de toutes les suspicions ; nous pensons qu'elle lui assurerait toutes les garanties de compétence et d'impartialité.

Faut-il ajouter que nous désirons que cette commission ait les pouvoirs les plus étendus ? que son action ne soit entravée d'aucune façon ? que le traitement de ses membres assure son fonctionnement d'une manière aussi efficace que régulière ?

Restent à examiner les mesures que, dans certains cas donnés, pourrait prendre cette commission.

1° *Les substances altérées seront détruites.*

C'est la seule mesure, qui, en pareil cas, puisse être prise, et, en aucune circonstance, on ne saurait faire un crime au pharmacien d'avoir oublié dans quelque coin un médicament altéré.

2° *Les substances reconnues frelatées seront saisies et la fraude entraînera des poursuites judiciaires contre l'auteur des falsifications.*

Il y a, dans ce cas, non plus négligence, mais délit et délit punissable. Mais sur qui portera la responsabilité ? Sur le détenteur, à moins qu'il ne prouve que lui-même a été trompé et qu'il lui était impossible de reconnaître la fraude. C'est là sans doute matière à appréciation, mais la Commission a toute la compétence voulue pour faire pareille appréciation.

3° *La mauvaise tenue d'une officine ou d'un dépôt de médicaments devra entraîner une série de pénalités, depuis la réprimande simple ou la réprimande affichée à la porte de l'officine jusqu'à l'amende et au besoin la fermeture par voie administrative.*

On pourrait trouver excessive la dernière pénalité, mais nous estimons que si les avertissements, si les pénalités morales, si l'amende même ne suffisent pas à amener une tenue convenable de l'officine ou du dépôt, c'est une mesure de police sanitaire qui s'impose. Nous sommes convaincus du reste que jamais les Commissions n'en arriveront à pareille extrémité et nous avouons compter, d'une manière toute particulière sur *la réprimande affichée à la porte*. C'est une mesure qui, en d'autres circonstances, produit d'excellents effets ; nous ne doutons pas qu'ici encore elle ne soit d'une efficacité certaine.

Nous n'avons pas à entrer dans les détails accessoires du fonctionnement de cette surveillance : il est, par exemple, des mesures financières qui s'imposeront notamment en ce qui concerne la surveillance des produits spécialisés. Nous nous bornons à les mentionner, estimant que ces questions ne sont point de notre compétence.

Nous ne nous arrêterons pas davantage aux autres mesures législatives qui doivent trouver leur place dans une réforme de la Pharmacie, ces questions n'ont pas d'intérêt pour le Corps médical et nous laissons aux pharmaciens le soin de réclamer ce qu'ils jugent le plus convenable.

Nous ne terminerons pas cependant ce travail sans nous associer au vœu qui réclame un seul ordre de pharmaciens, comme nous demandons, nous, un seul ordre de médecins.

§ 4. *Conclusions.*

La solution logique des rapports de la médecine et de la pharmacie ne peut être trouvée en dehors du diplôme unique, ouvrant la porte aux deux professions, et de la liberté absolue laissée aux diplômés.

C'est la solution que nous recommandons avant tout aux pouvoirs législatifs. Elle nous paraît conforme aux aspirations modernes ; elle a l'avantage de supprimer une législation spéciale, toujours méticuleuse et incomplète ; elle donne enfin satisfaction à tous les intérêts, puisqu'elle ne lèse qui que ce soit et qu'elle fait porter la responsabilité réelle du traitement d'un malade par celui-là même qui, dans ce traitement, a les coudées franches et jouit de la liberté la plus complète.

En dehors de cette solution, on ne peut trouver rien de durable : des intérêts opposés surgissent de tout côté, et, quelque mesure qu'on adopte, on risquera toujours de froisser certains de ces intérêts.

Mais, nous l'avons dit, la logique a peu de chance de triompher actuellement.

Nous croyons alors devoir revendiquer hautement les droits du corps médical, qui, d'ailleurs, concordent toujours avec les véritables intérêts du public.

Le médecin seul est responsable près de son malade, il faut donc qu'il n'ait à compter avec personne et trouve l'indépendance qui lui est indispensable. Il faut qu'il puisse se servir sans crainte d'un médicament urgent ; il faut que les médicaments qu'il prescrit soient à la portée du malade ; il faut que jamais il ne soit obligé de recourir à un pharmacien ou malveillant ou mal approvisionné.

Nos revendications soulèveront, nous le savons, dans le monde des pharmaciens, bien des tempêtes : on accusera le corps médical de vouloir détruire la pharmacie, (comme si la chose était possible !) on l'accusera de ne poursuivre que son intérêt matériel, on l'accusera d'incapacité.... etc.... etc.. Ces attaques, nous n'en doutons pas, tomberont d'elles-mêmes devant les explications que ne manqueront pas de fournir au Sénat ou à la Chambre des députés nos confrères législateurs.

La période où nous entrons est, on l'a dit, la période des réformes — nous osons espérer que la réforme de la pharmacie ne sera pas faite dans un sens opposé à la liberté, ni aux exigences de la vie moderne.

Dr G.....
1882.

BULLETIN DES SYNDICATS

Union des Syndicats.

Au 2 mars, le Syndicat de Marseille, comprenant 185 membres, a adressé au trésorier de l'Union la somme de 370 francs, montant de sa cotisation pour 1893.

Le Syndicat de Pontoise, comprenant 27 membres, a adressé la somme de 54 francs, pour sa cotisation de 1892.

Le syndicat d'Aisne-et-Vesle, 40 fr. pour 1891.
Le syndicat de Belfort, 30 fr. pour 1893.
Le syndicat de Brive. 46 fr. pour 1893.

Le trésorier,
Dr MAURAT.

Syndicat de Bastia.

Dans sa réunion du 24 décembre 1892, le Syndicat de Bastia a acclamé à nouveau les membres du bureau de l'année écoulée, dont le mandat a été renouvelé pour l'année 1893 :

MM. les docteurs :
Pittiferrandi, *président* ;
Ramaroni, *vice-président* ;
Cristofari, Félici, *assesseurs* ;
Filidori, *secrétaire-trésorier* ;
Carbuccio, *avocat conseil.*

Dans la même séance, le Syndicat de Bastia a fait adhésion à l'Union.

De plus, les membres du Syndicat ont autorisé le trésorier à disposer d'une somme de 30 francs en faveur de la Société civile du Concours médical.

Syndicat Départemental des Médecins de la Mayenne.

Assemblée Générale ordinaire, 21 janvier 1893.

L'Assemblée s'est réunie à deux heures au Siège social à l'Hôtel-Dieu de Laval sous la présidence du Bureau sortant. 18 membres étaient présents : 4 s'étaient fait régulièrement représenter.

Lecture est donnée du compte rendu du secrétaire et de celui du trésorier. L'encaisse actuelle est de 615 francs.

M. *Cellier*, président sortant, communique à l'Assemblée, la lettre de démission collective des médecins de l'arrondissemennt de Mayenne qu'il a reçue le 14 décembre 1892 ; il lui soumet en même temps tous les documents relatifs aux incidents qui ont motivé cette démission.

Après discussion, l'assemblée adopte à l'unanimité les deux ordres du jour suivants. Le premier proposé par M. le Dr Sauvé (de Château-Gontier, est ainsi conçu :

« L'assemblée générale du Syndicat départemen-« tal des médecins de la Mayenne, dans l'intérêt « de la concorde, demande aux médecins de l'arron-« dissement de Mayenne de retirer leur démission.

Le second présenté par le Bureau ajoute :

« Afin de faciliter leurs réunions, l'assemblée les « prie de se constituer en cercle autonomique pour « leur arrondissement suivant le titre IV de nos « statuts : par ce moyen ils continueront à faire « partie du Syndicat. »

Election du Bureau pour 1893.

Sont élus :
Président : M. le Dr CELLIER.
Vice-président : M. le Dr CHEVALIER.
Secrétaire : M. le Dr BUCQUET.
Trésorier : M. le Dr VELEAU.

M. le Dr Cellier remercie l'assemblée au nom des membres du bureau qu'elle vient de réélire. Il annonce la mort de M. le Dr Bruneau (de Villaines), membre du Syndicat. M. le Dr Bruneau a pris avec succès au sein du Conseil général la défense des intérêts des Syndicats, lorsque cette assemblée a été appelée à émettre un vœu relativement à la loi Chevandier.

Sociétés de secours mutuels.

Le Président rend compte à l'assemblée, de la décision des médecins de Laval, membres du Syndicat, qui ont refusé de prêter leur concours à la nouvelle Société de secours mutuels d'Entrammes parce que cette Société admet comme membres participants d'autres personnes que des ouvriers vivant de leur travail journalier (patrons, aubergistes, etc.)

Statuts de l'Union des Syndicats médicaux.

Lecture est donnée de ces statuts dont un exemplaire avait été envoyé à chacun des membres du Syndicat. Après discussion de ces statuts, le Syndicat décide de continuer son adhésion à l'Union.

Assistance médicale dans les campagnes.

Lecture est donnée de l'organisation de l'assistance médicale dans les campagnes, telle qu'elle a été organisée dans la Loire-Inférieure par les soins du Syndicat de ce département. Plusieurs membres émettent des réserves :

1° Sur la quotité de l'imposition des communes, dont le chiffre, 1 fr. 50 par tête d'indigent, leur paraît insuffisant ;

2° Sur le principe de la réductibilité indéfinie des honoraires des médecins, à côté de l'irréductibilité des mémoires des pharmaciens et sages-femmes ;

3° Ils demandent que le médecin qui devra faire partie de la commission communale soit nommé par les médecins du canton et non par les autres membres de cette commission.

Le président invite les membres du Syndicat à étudier ce projet à leur point de vue personnel en se livrant, chacun dans leur circonscription, à une enquête locale, sur le nombre des indigents inscrits dans chaque commune au bureau de bienfaisance, sur les ressources que créerait le projet de loi, sur le nombre de visites gratuites qu'ils font déjà chaque année à ces indigents. Ces enquêtes permettront au Syndicat de donner au Conseil général son opinion raisonnée sur le projet de loi.

Médecins inspecteurs des enfants assistés.

Communication a été donnée au directeur des Enfants assistés du département, des observations présentées par plusieurs médecins, membres du Syndicat.

Le Secrétaire, H. BUCQUET.

Un nouveau Syndicat à Châlons (Marne).

Le dimanche 5 février a eu lieu la première séance du Syndicat constitué par les médecins de l'arrondissement de Châlons.

Les adhérents, au nombre de dix-sept, ont adopté des statuts analogues à ceux du Syndicat d'Epernay et ont nommé le bureau suivant :

Dr Coliu, de Châlons, *président* ;
Dr Brettenacher, de Châlons, *vice-président* ;
Dr Godart, de Châlons, *secrétaire-trésorier* ;
Drs Evrain, de Soudray, et Gobillard, de Bouy, *assesseurs*.

Syndicat en préparation.

Le Dr Eyssautier, de Grenoble, a été chargé par la Société de médecine de l'Isère, de recueillir tous les renseignements nécessaires pour la constitution d'un Syndicat. Aussi espérons-nous recevoir bientôt la nouvelle de la formation définitive du Syndicat médical de l'Isère et de son adhésion à l'Union.

Syndicat médical du Finistère.

Relations des médecins avec les Compagnies d'assurances

Le Syndicat médical du Finistère avait soumis à l'examen de ses membres les questions suivantes :

— Avez-vous quelque proposition nouvelle à faire relativement aux prétentions des Compagnies d'assurances ?

Etes-vous satisfait de leurs honoraires. N'avez-vous entrevu dans vos rapports avec elles aucune exigence compromettante ?

Voici résumée l'opinion générale qui s'est fait jour et qui a été transmise par le Syndicat à l'Union des syndicats :

Les seuls médecins ne se plaignant pas des compagnies d'assurances sont ceux qui se bornent aux *assurances pour* **accidents** et encore sont-ce ceux des villes qui ont des hospices à portée où ils peuvent diriger les blessés impuissants à se faire traiter chez eux. Mais les praticiens ruraux se plaignent des prétentions des malades mal instruits par les compagnies, — (non sans intention peut-être) — de leurs droits et de leurs devoirs.

Faute *d'affichage permanent* sur les chantiers des conditions qui leur sont faites, les ouvriers entendent être pourvus par le médecin-inspecteur, de tout ce que comporte leur traitement, alors que celui-ci ne leur doit, *d'après les statuts*, que le pansement sommaire du début à la première visite d'inspection et le certificat nécessaire à la réadmission au travail après deuxième visite. Il en résulte pour les médecins isolés dans leur commune et qui font en même temps la pharmacie, une perte matérielle de toutes les fournitures que compagnies et malades refusent invariablement de solder. De plus, un certain nombre de compagnies laissent beaucoup à désirer comme régularité et facilité de paiement, et élèvent des objections fatigantes pour le règlement des honoraires médicaux.

Quant aux *compagnies d'assurances sur la vie*, les médecins sont unanimes à trouver les honoraires qu'elles leur offrent trop inférieurs à la valeur du concours que ces compagnies leur réclament, surtout en ce qui concerne les assurances ouvrant des droits à des polices de mince valeur.

Dans ces cas, les plus nombreux, les compagnies réclament au médecin les mêmes documents que pour les plus productifs comme valeur de l'assurance, et prétendent indûment réduire le salaire de leur conseil médical ; cette prétention, jointe aux mille détails plus ou moins compromettants de l'intervention médicale vis-à-vis des compagnies (questionnaires ridiculement détaillés, rapports innombrables, retards dans le solde des comptes d'honoraires dus — contestations sur tel ou tel détail d'appréciation purement médicale, suites données avec méfiance ou refusées au siège central des compagnies en dépit de l'enquête médicale soignée et consciencieuse, et cela sans compensation pour le tort fait au médecin de la première enquête, — en un mot rapports difficiles, toujours épineux et mal rétribués), font que la plupart des médecins refusent toutes relations avec ces compagnies qui se croient autorisées vis-à-vis d'eux à la plus tracassière ingérence et pourvues des droits les plus autoritaires.

En général, les médecins voudraient que les compagnies témoignassent plus de confiance en eux et sussent compenser ce que leurs avis confidentiels peuvent avoir de compromettant pour leur propre situation, d'une façon plus équitable ; plusieurs observent que leur rôle, pouvant dans certains cas dominer la négociation à intervenir, il serait de toute justice que les compagnies leur tinssent un *compte proportionnel* du parti qu'elles peuvent tirer de leurs avis soit en concluant, soit surtout en repoussant les demandes d'assurances ; en un mot, ils voudraient que les compagnies les intéressassent directement à leurs opérations, sachant ainsi reconnaître la valeur de leur concours, même en se réservant au besoin certaines revendications pour le cas où elles auraient été engagées maladroitement par la faute du médecin ?

REPORTAGE MÉDICAL

— *Le banquet offert au Dr Dujardin-Beaumetz*, médecin de l'hôpital Cochin et membre de l'Académie, à l'occasion de sa promotion dans la Légion d'Honneur, aura lieu le lundi 13 mars à l'hôtel Continental. Les adhésions sont reçues par M. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon.

— *La fièvre aphteuse en France.* — M. le Dr Viger, ministre de l'Agriculture, a expliqué à la Chambre des députés, dans une récente séance, que, depuis quelques années, la fièvre aphteuse existe en France à l'état endémique. Plus de 400 étables étaient infectées en 1888 ; en 1891, ce nombre était descendu à 242. La maladie n'est pas due uniquement aux importations de Belgique et d'Allemagne. On fait tout le possible pour enrayer la propagation de l'épidémie. La loi sur la police des animaux est appliquée sévèrement ; les précautions les plus minutieuses sont prises au sanatorium de la Villette. Il paraît d'ailleurs possible de recevoir les arrivages étrangers directement à la gare destinataire, et de renvoyer les wagons vides, de manière que le bétail étranger ne voyage pas dans les wagons français.

— Les obsèques de M. Mariotte, l'étudiant mort de la diphtérie contractée à Lariboisière, ont eu lieu aux frais de la ville de Paris, décision prise à l'unanimité par le Conseil municipal.

Mais les médecins et chirurgiens de Lariboisière, par oubli, probablement, n'ont pas été invités aux obsèques. M. Duguet, médecin de Lariboisière, s'est plaint très vivement à la Société des Hôpitaux de cette façon d'agir ; et M. Millard a été chargé d'exprimer au Directeur de l'Assistance la surprise et les regrets de ses collègues de Lariboisière.

— *Aux médecins qui ne détestent pas les interviews.* — La Société de médecine de San-Francisco a décidé que tout membre de la Société dont le nom paraîtrait dans la presse journalière, avec des appréciations profanes de ses qualités professionnelles, et qui ne pourrait fournir de cela des explications satisfaisantes, serait expulsé de la Société.

Les médecins américains ne sont pas tendres pour les confrères qui essaient innocemment, de se faire une petite réclame. Nous en concluons forcément que le mal doit être bien grand, pour qu'on croie nécessaire de prendre des mesures aussi rigoureuses, tout comme nous concluons que l'Angleterre est le pays où l'on trouve le plus d'ivrognes, parce que c'est aussi celui qui compte le plus de sociétés de tempérance.

Félicitons-nous donc des mœurs de notre heureux pays, où l'on ne sent pas le besoin de pareilles mesures ! Et cependant, il nous semble qu'une Société médicale de Paris, assez importante, a sombré naguère dans une tentative analogue. Nous souhaitons vivement que la Société des médecins de San-Francisco ne soit pas atteinte d'anémie aiguë, étant réduite à un seul membre qui aura excommunié ou fait excommunier successivement tous ses confrères.

— *Les médecins fonctionnaires.* — Il est parfaitement admis qu'un médecin ne doit jamais compter, non seulement sur des manières courtoises de la part de certains pouvoirs publics, mais même sur le sentiment le plus banal d'impartialité et de justice. En voici une nouvelle preuve :

Le médecin d'une administration publique ayant été l'objet d'une plainte de la part d'employés auxquels il donnait ses soins, un homme politique a aussitôt, sans informations, sans enquête, demandé que l'administration soit invitée à relever immédiatement le docteur de ses fonctions. A quoi bon, une enquête, du moment que les malades se plaignent ! Nous savons, en effet, que les malades et leur entourage ont toute autorité pour juger des choses médicales, et qu'ils n'altèrent jamais la vérité...

Ajoutons cependant que, contrairement à la pro-

position ci-dessus, l'assemblée consultée a cru devoir prescrire une enquête avant de prendre une décision.

— *Patente des médecins.* — La Chambre des députés vient de voter une aggravation de la patente des médecins. Ceux qui, à Paris, ont un loyer de 3,000 fr., et au-dessus, et ceux qui, dans les autres villes de plus de 100,000 habitants ont un loyer de plus de 2,000 fr., seront taxés au douzième de la valeur locative imposable, et non plus au quinzième.

— La *Revue Scientifique* rapporte, d'après un médecin anglais, que chaque année, il y a environ 2,000 enfants à Londres, qui meurent étouffés dans leur lit accidentellement ou autrement. Et si on remarque que ces décès sont trois fois plus nombreux le samedi que les autres jours de la semaine, on ne peut s'empêcher de conclure que l'alcoolisme des parents est vraisemblablement une cause importante de ces accidents.

— *Etudiantes en Suisse.* — ....et le flot montait toujours. L'année dernière les universités suisses comptaient 432 étudiantes, et 2,720 étudiants. Sur ces 432 étudiantes il y en a 170 qui étudient la médecine, quelques-unes allemandes, la plupart russes. Le nombre des étudiantes allemandes va probablement augmenter, car on vient de fonder à Weymar un gymnasium de jeunes filles ; et, comme en Allemagne, les femmes sont portées de préférence vers l'étude de la médecine, la profession médicale, déjà si encombrée, va le devenir encore davantage.

— *L'insalubrité des maisons en Angleterre.* — Les Anglais, lorsqu'il s'agit de salubrité, ne plaisantent pas, ainsi qu'on peut en juger par le fait suivant :

L'ancien premier ministre Salisbury, accusé de posséder plusieurs maisons insalubres situées dans un quartier misérable de Londres, a été condamné par le tribunal de police à faire démolir, dans un délai de 15 jours, trois maisons signalées comme particulièrement malsaines par le conseil de comté, et à en faire réparer une quatrième.

— *Noms de médecins, à des rues de Paris.* — Le Conseil municipal, s'occupant de débaptiser certaines rues et d'en baptiser de nouvelles, a donné le nom de rue Charles Robin à la rue Claude Vellefaux située derrière l'hôpital Saint-Louis. Vulpian et Wurtz donnent leurs noms à deux petites rues des environs de la Pitié.

— *Pétition du Syndicat des infirmiers et infirmières.* — La Chambre syndicale des infirmiers et infirmières vient d'adresser une pétition au Conseil municipal ; voici les conclusions :

1° Réduction de la journée à 12 heures, (de 6 heures du matin à 6 heures du soir), et une heure pour les repas ;

2° Que les vacances existant dans les hôpitaux soient signalées à un bureau central, au siège du Syndicat par exemple ;

3° Suppression des dortoirs et leur remplacement par des cellules, surtout pour les infirmières, afin qu'elles puissent prendre tous les soins de propreté réclamés par les nouvelles lois antiseptiques ;

4° Que les consignes et renvois ne soient prononcés que pour des motifs sérieux, et que la fiche envoyée à l'administration soit communiquée aux intéressés ;

5° Que le Conseil municipal exige que le personnel diplômé ou ayant servi précédemment dans les hôpitaux soit choisi de préférence aux personnes inexpérimentées ;

6° Visite dans les vêtements et les papiers des infirmiers à leur sortie seulement de l'hôpital ;

7° Nourriture mieux préparée, et liberté d'apporter des aliments du dehors ;

8° Que les bourses réservées aux écoles d'infirmiers et d'infirmières soient chaque année, tirées au sort parmi les admissibles ;

9° Interdiction aux infirmiers et infirmières de recevoir aucune gratification ;

10° Augmentation du traitement.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3782. — M. le Dr Bérillon, de Paris, membre de l'Association syndicale des médecins de la Seine, présenté par M. le Directeur.

N° 3783. — M. le Dr Pouliot, de Poitiers, membre du Syndicat de la Vienne, présenté par M. le Dr Hervouet de Paris.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. le Dr Lapeyre, décédé au Cannet, près Cannes, membre du Concours médical.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ECOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

Vient de paraître

Traité Clinique et Thérapeutique de la Tuberculose Pulmonaire, par le Docteur S. BERNHEIM. — Un vol. in-8 de 600 pages, **7** fr. **50**, à la Société d'Editions Scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris. Net **6** fr. franco pour MM. les membres du Concours médical.

Depuis les immortelles découvertes de la contagiosité de la tuberculose, par Villemin, et du bacille par Koch, de très nombreux travaux ont été publiés sur la tuberculose pulmonaire. Aucun auteur n'a cependant étudié dans son ensemble ce long chapitre de la Pathologie. S'inspirant des nombreuses recherches poursuivies dans tous les pays et de ses travaux personnels, le Dr Bernheim a décrit dans ses moindres détails la phtisie pulmonaire.

Si l'on voulait indiquer tous les points intéressants de cette œuvre, on serait forcé de s'arrêter à chaque page. Contentons-nous de signaler les idées dominantes de ce livre : 1° dans l'Etiologie, l'auteur démontre que, tous les cas de phtisie étant gagnés par la contagion, on pourrait enrayer l'envahissement de cette maladie et même la faire disparaître ; 2° dans le chapitre de la Clinique, l'auteur insiste sur l'importance du diagnostic, qu'on doit faire surtout au début de la phtisie, et il indique les moyens d'établir, à cette période, le diagnostic précoce ; 3° M. Bernheim affirme que la phtisie guérit spontanément dans de nombreux cas et qu'elle est curable thérapeutiquement à toutes les périodes de la maladie ; 4° les nombreux moyens thérapeutiques d'hygiène, d'antisepsie, de vaccination, de climatologie, etc., sont exposés à profusion et leur valeur est discutée par l'auteur.

Fait par un clinicien, ce livre est instructif et pratique, parce que le chapitre de la clinique est riche en observations, parce que l'anatomie pathologique et la bactériologie sont décrites avec simplicité ; il est encourageant aussi, car il cite de nombreux cas de guérison.

L'hygiène nouvelle dans la famille, par le Dr CANCALON, préface de M. Dujardin-Beaumetz. Société d'Editions Scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris. Prix : **3** fr. **50**. Envoi franco par la poste contre un mandat adressé à M. le Directeur de la Société.

L'ouvrage du Dr Cancalon est un plaidoyer chaleureux en faveur de l'hygiène. Il en expose les principes avec une clarté vraiment séduisante. Les principaux aspects du sujet : *fermentation, contagions, antisepsie, hérédité, soins immédiats et urgents, signes lointains* et insidieux des maladies sont traités avec un grand talent d'exposition. Il ne manque pas non plus de points de vue originaux où l'auteur a mis la marque d'un esprit ingénieux.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement de l'Epistaxis.

La plupart des épistaxis, en dehors de celles qui se rattachent à une maladie générale, sont considérées comme dépendant le plus souvent d'une lésion locale et occupant toujours la même place.

Le *Journal de Médecine et de chirurgie pratiques* de Lucas-Championnière publie, à ce sujet, d'intéressantes déductions applicables au traitement des épistaxis.

Puisque les épistaxis se produisent à la faveur d'une simple *érosion*, superficielle, dont la cicatrisation est entravée, il suffit pour obtenir une guérison définitive, d'obtenir du malade qu'il s'abstienne de reproduire cette érosion. On lui conseillera donc d'éviter de se moucher souvent et de porter la main à son nez ; on lui recommandera d'introduire dans la narine malade, deux ou trois fois par jour, gros comme une noisette de vaseline blanche. Pour mettre cette pommade, le malade ne doit ni se servir du doigt, ni d'un pinceau, il faut qu'il la fasse pénétrer seule. Il doit en charger une spatule (le manche d'une cuiller à café en tient lieu), et s'en remplir la narine sans y faire pénétrer l'instrument, en penchant fortement la tête en arrière. Dès qu'elle est arrivée dans la fosse nasale, la vaseline fond ; une partie s'écoule dans le pharynx d'où elle est rejetée au dehors par expuition, une partie aussi s'écoule en avant par la narine le long de la lèvre, d'où on l'enlève doucement avec le mouchoir, le reste baigne la partie inférieure de la pituitaire et imprègne les concrétions sanguines qui s'y trouvent. On conseille au malade de suivre cette prescription deux ou trois semaines.

Ce procédé écarté, reste l'emploi du cautère actuel, en ce moment le galvano-cautère, ou des caustiques chimiques, tels que l'acide chromique, le nitrate d'argent.

Le galvano-cautère, outre l'inconvénient de n'être pas à la portée de tous les praticiens, a celui de faire une eschare trop profonde, et lorsque cette eschare se détache, la grande perte de substance expose à une nouvelle hémorrhagie.

L'acide chromique en cristaux est trop déliquescent et pour cela difficile à conserver. Il est, de plus, difficile de limiter son action.

Le nitrate d'argent, au contraire, se conserve bien et on en trouve partout. On peut donc lui donner la préférence, et voici quel sera le manuel opératoire.

Pendant les préparatifs qui suivent, on fait faire de la compression à la partie antérieure de la cloison, soit par le malade lui-même, soit par une personne quelconque. On prépare quelques stylets avec de petits tampons d'ouate ; l'un d'eux est trempé dans une solution de cocaïne au 1/5 ; sur un stylet plat on fait fondre une perle de nitrate d'argent ; on a en outre un peu d'ouate boriquée et de vaseline, et on est armé pour arrêter l'hémorrhagie. On se place devant le malade et on le fait moucher, de façon à débarrasser la fosse nasale ; puis on place rapidement le spéculum. Avec les stylets armés de tampons d'ouate, on essuie doucement, et vivement on voit, non pas toujours immédiatement le point, mais au moins la région de la cloison d'où vient le sang. On place alors sur cette région le tampon imbibé de cocaïne et on attend quelques instants. A la faveur de la contraction produite par la cocaïne, l'écoulement diminue et lorsqu'on retire le tampon, il est facile de déterminer cette fois le point qui saigne ; on essuie encore une fois doucement et on applique à l'endroit par lequel on a vu sortir le sang la perle de nitrate d'argent. On la laisse quelques instants et quand on a une eschare suffisante, on la retire. On peut alors faire moucher le malade, lui dire de le faire violemment, il ne sort plus de sang.

Deux séances suffisent en général pour former

une eschare qui ne tarde pas à tomber, laissant une cicatrisation complète de l'érosion.

Le sulfate de spartéine.

D'après la *Revue de thérapeutique par les alcaloïdes,* le sulfate de spartéine est le meilleur sel de spartéine à employer ; il est indiqué :

1° Toutes les fois que le muscle cardiaque a fléchi (d'après G. Sée), soit parce qu'il a subi une altération de son tissu, soit parce qu'il est devenu insuffisant pour compenser les obstacles de la circulation ;

2° Lorsque le pouls est faible, irrégulier, intermittent, arhythmique ; c'est, en quelque sorte, la propriété essentielle fondamentale de la spartéine de fortifier et de régulariser les battements du cœur (G. Sée) ;

3° Quand la circulation est ralentie d'une façon pathologique (G. Sée) ou accélérée d'une façon anormale (Laborde) ;

4° Dans l'asthme cardiaque, la dyspnée cardiaque, la péricardite, l'arhythmie nerveuse, l'asystolie ;

5° Dans les troubles fonctionnels du cœur, battements, angoisses, tremblements, crampes, provenant d'une impressionnabilité nerveuse générale (hystérie ou neurasthénie), dans ces cas il est indiqué de n'employer que de faibles doses, 4 à 6 centigrammes ;

6° Dans les affections valvulaires avec ou sans compensation ;

7° Dans l'angine de poitrine douloureuse, dans les névralgies du cœur d'origine reflexe ;

8° Au début du goître exophthalmique, soit seul, soit associé à la quinine ;

9° Enfin, dans la morphinomanie, quand on veut débarrasser le malade de sa funeste habitude.

Ce médicament ne comporte presque pas de contre-indications, de l'avis de tous les expérimentateurs et cliniciens. Seules les fortes doses de 8 à 10 centigrammes doivent être évitées chez une catégorie de malades dont l'état est caractérisé par un trouble de l'innervation du cœur, dans l'hystérie, la chorée, les palpitations toxiques du tabac, du thé, etc., les cardiodynies liées à l'angine de poitrine. Pour tous les autres cas, la dose de 10 centigrammes a pu être prescrite d'emblée sans inconvénient, et même a été souvent dépassée.

MÉDECINE PRATIQUE

Pronostic éloigné et traitement de la pleurésie séro-fibrineuse.

Les discussions académiques de l'année dernière sur la pleurésie et son traitement, ont jeté, croyons-nous, un certain trouble dans bien des esprits et au lieu de les rendre moins hésitants sur cette question, en ont embarrassé plusieurs dans la pratique qu'ils ont exercée depuis. La pleurésie simple, séro-fibrineuse, est-elle oui ou non de nature tuberculeuse ? Tout pleurétique est-il oui ou non un tuberculeux au début ? Quel traitement faut-il appliquer à la pleurésie séro-fibrineuse ? Les vésicatoires ou la thoracentèse ? Quand et comment faut-il faire la thoracentèse ? Meurt-il plus de pleurétiques aujourd'hui qu'autrefois ? Autant de questions auxquelles Hippocrate répond oui, et Galien répond non. C'est du moins ce qui a paru se dégager des discussions de MM. Verneuil, Dieulafoy, Potain, Hardy, Peter, G. Sée, Lancereaux, Dujardin-Beaumetz, etc.

Nous avons pensé que nos lecteurs nous sauraient gré d'essayer de simplifier la question et de faire un peu d'éclectisme pratique parmi ces opinions si contradictoires.

M. le Dr Chauffard commençait dernièrement une leçon sur l'avenir des pleurétiques à laquelle nous puiserons de nombreuses idées, par ces paroles pleines de sagesse et de vérité :

« Tout est difficile en matière de pleurésie. Reconnaître l'épanchement, en déterminer la nature, la quantité probable, les rapports anatomiques avec le poumon sous-jacent, savoir quelles indications thérapeutiques se posent ; voilà autant de problèmes cliniques, dont la solution est aussi indispensable que souvent malaisée pour le clinicien.

Et, cependant, ce n'est pas tout. Même la pleurésie une fois guérie, tout n'est pas fini ; parfois même tout commence, pourrait-on dire, et cette notion qu'il y a, qu'il doit y avoir à porter *un pronostic à longue échéance* en matière de pleurésies, est un progrès clinique de date relativement toute récente (1).

I.

PRONOSTIC DE LA PLEURÉSIE SÉRO-FIBRINEUSE.

On a presque toujours considéré la pleurésie purulente comme infiniment plus grave au point de vue du pronostic que la pleurésie séro-fibrineuse.

Et voilà qu'aujourd'hui nous pensons presque l'inverse, si bien que l'on a pu dire, non sans un peu d'exagération et de paradoxe, que mieux valait avoir une pleurésie purulente qu'une pleurésie séreuse.

Landouzy a dit avec raison que tout pleurétique qui n'arrive pas à justifier sa pleurésie par une raison pathologique quelconque, par une maladie causale antérieure, est un tuberculeux.

M. Hardy proteste contre cette opinion qu'il qualifie d'exagérée et, cependant, la statistique semble donner pleinement raison à M. Landouzy, aussi bien que l'expérimentation et les recherches nécroscopiques de Kelsch, Vaillard, Gombault, Chauffard, Netter.

« A ce point de vue, une des statistiques les plus intéressantes est celle publiée en Amérique par Bowditch. Cet auteur a relevé tous les pleurétiques soignés par son père et par lui pendant trente ans, entre 1849 et 1879 ; il a établi la mortalité dans chacune des trois décades : dans la première décade, Bowditch trouve que 43 0/0 de ses pleurétiques sont morts phtisiques ; pour la deuxième décade, il trouve 47 0/0 ; pour la troisième, la plus récente, 24 0/0 étaient morts de tuberculose pulmonaire. Ces chiffres montrent que presque la moitié des anciens pleurétiques meurent phtisiques, et que, d'autre part la mort survient à longue échéance. »

En somme, derrière la pleurésie séro-fibrineuse en apparence simple, se cache le plus souvent la tuberculose.

« Mais à côté de cette affirmation si grave, de l'origine tuberculeuse des pleurésies spontanées,

(1) *Revue de clin. et de thérap.*, 15 février 1893.

il faut mettre immédiatement un correctif qu'impose la clinique. C'est que ces tuberculoses initiales de la plèvre, si insidieuses dans leur nature, sont très souvent, au moins dans la moitié des cas, *des tuberculoses absolument locales*, peu virulentes, et souvent neutralisées à tout jamais par l'organisme. Pleurésie d'origine tuberculeuse et phtisie pulmonaire, voilà deux étapes trop fréquemment associées d'un même processus ; *mais la conséquence n'est pas fatale*. Ni la nature tuberculeuse d'une pleurésie ne permet d'affirmer que l'ancien pleurétique deviendra un phtisique, ni l'absence de toute tuberculisation ultérieure ne permet d'affirmer que le bacille de Koch n'était pour rien dans l'éclosion d'une pleurésie antérieure. »

Outre ce sombre pronostic, basé entièrement sur l'étiologie, il faut tenir compte d'autres conséquences non moins funestes que peut engendrer la pleurésie séro-fibrineuse. M. Chauffard les indique avec beaucoup de soin : ce sont les *adhérences pleurales* qui, bien souvent, survivent à la maladie et restent pour l'ancien pleurétique soit une simple gêne, soit parfois un véritable danger.

Quand l'épanchement pleurétique disparaît, les deux feuillets de la plèvre enflammée, reviennent au contact, frottent l'un contre l'autre, et souvent s'unissent par des tractus conjonctivaux, vasculaires.

Ce sont ces adhérences plus ou moins lâches ou serrées qui déterminent, dans les cas légers, des points douloureux dans la poitrine, s'accompagnant de sensations, de traction profonde dans les efforts inspiratoires. Chose remarquable, ces adhérences persistantes semblent être hygrométriques et c'est par les temps humides et brumeux que les malades s'en plaignent le plus.

« A côté de ces lésions, plutôt gênantes que graves, il existe des cas où les adhérences deviennent une lésion capable d'entraîner la mort. Ce sont les cas où les deux feuillets de la plèvre sont complètement soudés ; cette *symphyse pleurale* totale entraîne toute une série de conséquences fâcheuses. Le travail inflammatoire, en effet, ne reste pas limité à la plèvre viscérale ; les cloisons conjonctives qui séparent les lobules pulmonaires, sous-pleuraux s'épaississent et se sclérosent, donnant ainsi naissance à des *pneumonies chroniques corticales*, d'origine pleurale, que les travaux classiques de *Charcot*, de *Brouardel*, nous ont bien fait connaître.

Cette sclérose pulmonaire peut, à son tour, devenir le point de départ d'une nouvelle série d'accidents, si la dilatation des troncs ou extrémités bronchiques entre en jeu.

« Et ce n'est pas là, la seule conséquence du lent travail pathologique qui survit à l'évolution pleurétique. Le poumon sain, soumis à un véritable surmenage de suppléance, se dilate, se laisse forcer et devient *emphysémateux* ; la circulation cardio-pulmonaire en ressent le contre-coup, le cœur droit se dilate, l'*asystolie* apparaît.

« Voilà donc tout un enchaînement de processus pathologiques qui se commandent les uns les autres, et où le premier moteur est la pleurésie ancienne, qu'un examen superficiel pourrait faire croire guérie depuis longtemps. » (1)

(1) Ibid. *Loco citato.*

Le seul avantage que peut avoir la pleurésie, pour l'avenir, c'est, par ses adhérences, de rendre extrêmement rares les perforations pleuro-pulmonaires chez les tuberculeux et, par suite, de diminuer la fréquence du pneumo-thorax.

En résumé, quoique le pronostic de la pleurésie séro-fibrineuse paraisse être relativement bénin, lorsque la maladie est *convenablement traitée*, il n'en est pas moins vrai que « c'est bien souvent dans cette maladie, parfois oubliée depuis longtemps, qu'il faut chercher le point de départ de lésions locales persistantes du poumon, de troubles circulatoires graves, enfin et surtout la porte d'entrée d'une tuberculose pulmonaire tardive.

Tout pleurétique est donc, et reste pendant très longtemps, un sujet à surveiller, un suspect tout au moins, et la guérison obtenue ne doit pas endormir la vigilance du médecin. »

Une question reste à poser : le traitement influe-t-il notablement sur le pronostic ? Certains prétendent que non, et se bornent à diagnostiquer la pleurésie et à contempler froidement son évolution, instituant seulement un régime capable de ne pas nuire.

D'autres appliquent systématiquement tel ou tel traitement et sont étonnés d'obtenir de piteux résultats, si bien qu'on a osé dire à l'Académie, l'an dernier, que la pleurésie n'avait jamais été plus mal soignée qu'aujourd'hui, vu qu'on en mourait beaucoup plus.

D'autres enfin, et nous sommes de ceux-là, cherchent les indications dans chaque cas particulier et n'ont pas de traitement systématique. M. Hardy a sagement montré que la statistique n'a pas varié et que si l'on compare la mortalité de 1861 à 1864 et de 1888 à 1891, on la trouve toujours égale à 10 %.

Il termine sa communication par cette phrase que nous adoptons pleinement :

« Ma conclusion, si on en veut une, serait qu'en ajoutant le traitement traditionnel de la pleurésie à la thoracentèse pratiquée dans des cas bien déterminés, on obtiendrait pour la guérison de cette maladie, des résultats encore plus favorables que ceux qu'on constate aujourd'hui. »

II

TRAITEMENT DE LA PLEURÉSIE.

L'important est donc d'avoir une idée nette du traitement :

Le diagnostic précis de pleurésie aiguë séro-fibrineuse étant posé par les différents moyens d'exploration physique habituellement employés, quelle conduite devra tenir le médecin ?

Pendant toute la durée de la maladie, il faut faire observer une hygiène sévère, maintenir le malade dans une température modérée, mais constante, lui interdire les boissons froides et ne lui permettre comme alimentation que du bouillon et du lait à volonté.

Quant à la maladie elle-même, plusieurs circonstances se présentent ordinairement :

1° Le malade a un point de côté violent et une dyspnée non moins insupportable et il veut un soulagement rapide.

2° Le malade se doute à peine qu'il est malade, car il n'a consulté que pour sa toux et la pleurésie n'est qu'une découverte opérée par la sagacité et la méthode du médecin.

Nous ne considérerons pas spécialement le

côté de la pleurésie ; pour nous, cela importe peu et nous croyons la pleurésie droite aussi grave que celle du côté gauche : la preuve en est que l'on meurt aussi bien subitement d'une pleurésie droite que d'une gauche et que le refoulement du cœur n'est pas la seule cause de la mort subite.

Dans le 1er cas, le malade a des symptômes fonctionnels très graves et la rapidité d'une décision s'impose pour le médecin.

Tout d'abord, il faut, autant que possible s'abstenir d'opium et de morphine à l'intérieur pour combattre la douleur, qui arrache des cris au malade. Il faut s'efforcer de savoir, si l'intensité de la dyspnée et de la douleur intercostale est due à l'abondance de l'épanchement. Car, d'après G. Sée et d'après M. Mousset, de Lyon, la dyspnée est un signe infidèle. Elle résulte souvent d'un épanchement abondant, et, à ce titre, elle fournit l'indication d'opérer, mais elle est quelquefois très forte avec un épanchement moyen, et, d'autre part, elle manque dans les cas désignés par M. G. Sée, sous le titre d'*asphyxie blanche*.

« Chez les pleurétiques, on peut observer une « dyspnée asphyxique et la dyspnée nerveuse : « on voit des polypnées fébriles sous l'influence « du système nerveux thermique, décrit par « M. Richet ; on voit la douleur aggraver la « dyspnée ; il y a aussi des dyspnées psychi- « ques, des dyspnées réflexes, par suite de l'ac- « tion de la plèvre irritée, sur le centre respi- « ratoire ou bulbaire. Il existe de l'oppression « dans certains troubles de circulation ou du « centre vaso moteur, qui empêchent ou dimi- « nuent l'irrigation du centre respiratoire. Tou- « tes ces conditions morbides peuvent concourir « à exagérer la dyspnée asphyxique ou même « la produire à elles seules, et effrayer le méde- « cin outre mesure. »

D'ailleurs, la dyspnée peut manquer précisément dans un cas de grand épanchement et ne pas prévenir du danger.

« Le souffle, l'égophonie, la broncho-égophonie, la pectoriloquie aphone, ont peu d'importance. La diminution plus ou moins grande du murmure vésiculaire dépend principalement de l'état du poumon. Lorsque le silence n'est pas complet, les bruits respiratoires pathologiques peuvent s'entendre dans une partie de l'espace occupé par l'épanchement, et donner lieu à une interprétation inexacte, comme on le voit surtout dans l'hydrothorax.

« La matité est un des meilleurs signes, et c'est celui sur lequel on s'appuie le plus souvent pour déterminer la limite supérieure de l'épanchement. La matité qui atteint en arrière l'épine de l'omoplate, et tourne en avant, en se prolongeant sous l'aisselle, est considérée comme l'indice d'un grand épanchement.

« Mais la recherche de ce symptôme nécessite une percussion minutieuse de toute la poitrine.

« Il faut juger par comparaison la sonorité du côté malade et celle du côté sain, en arrière, sur la ligne axillaire, sous la clavicule, et dans le creux sus-claviculaire. De plus, il est indispensable de se souvenir des conseils de M. Dieulafoy : « Pour que la percussion donne des ren- « seignements réellement profitables, il ne faut « pas la pratiquer, comme on le fait trop sou- « vent, avec force, car le bruit que l'on fait en « percutant fortement détruit, en grande partie, « les nuances de matité et de submatité, parfois « fort délicates, qui permettent d'affirmer ou « non la présence de l'épanchement. Il faut « donc avoir soin de percuter très doucement, « le plus doucement possible, et sans bruit, afin « de laisser au son qui résulte de la matité ou « de la submatité toute sa valeur. »

« D'autre part, les différences de sonorité qui proviennent de la façon dont on pratique la percussion, peuvent être utilisées pour le diagnostic. Souvent, en effet, l'épanchement, dans sa partie supérieure, est constitué par une lame plus ou moins mince de liquide, recouvrant le poumon incomplètement refoulé. Dans ces conditions, une percussion forte peut donner de la sonorité, malgré la présence du liquide à l'endroit où l'on frappe, tandis que une percussion douce révélera mieux la matité due à une petite couche de liquide. On se rendra compte facilement de ce détail d'examen, si sur un pleurétique, on pratique alternativement une percussion superficielle (douce) et une percussion profonde (forte).

« Dans le premier cas, la limite supérieure de la matité est plus élevée que dans le second, et la différence des deux niveaux représente une zone de submatité. La sonorité du côté malade présente alors trois degrés : sonorité normale ou tympanique au sommet, submatité à la partie moyenne, matité à la base. »

L'épanchement est-il moyen ? (1) malgré la dyspnée et la douleur, ne ponctionnons pas, ne pratiquons pas la thoracentèse, car il peut arriver que le malade éprouve une douleur vive, exaspérant la première, au moment où le trocart pénètre dans la plèvre, et avant que l'écoulement du liquide ait commencé. Si, négligeant ce symptôme, on ouvre le robinet, la douleur devient immédiatement intolérable et s'accompagne parfois de tendance syncopale.

Il vaut mieux employer immédiatement un large vésicatoire, appliqué antiseptiquement, comme nous l'avons indiqué dans un précédent article (2).

Si l'épanchement est abondant, ce que l'on peut reconnaître principalement par la percussion, comme nous l'avons montré, il ne faut pas hésiter, même en pleine période fébrile, à pratiquer la thoracentèse.

Le refoulement de certains organes, révélé par le changement des rapports anatomiques, doit être soigneusement recherché.

Le déplacement du cœur, l'amplification du thorax, la matité de l'espace semi-lunaire et l'abaissement du foie ont une grande importance. Il faut y ajouter la tendance syncopale. Parmi les pleurétiques qui ont été emportés subitement par une syncope mortelle, quelques-uns ont eu, la veille de leur mort des défaillances légères.

— Dans le second cas, c'est-à-dire, lorsque les signes fonctionnels sont modérés, le médecin a le temps de réfléchir plus longuement et de mieux peser ses déterminations. Comme le dit Lancereaux, la pleurésie séro-fibrineuse aiguë a une évolution cyclique fébrile, comme la fièvre typhoïde. Généralement la fièvre dure

(1) Mousset, *Province médicale*, 1892.
(2) *Concours. médical*, 1893, n° 4.

pendant 3 semaines ; au bout de ce temps, la fièvre tombe et l'épanchement doit se résorber.

A. La pleurésie évolue sans accidents fonctionnels sérieux, sans déplacer les organes d'une manière notable, avec une fièvre plus ou moins intense. Au bout de 3 septénaires, la température descend et l'épanchement se résorbe lentement, mais progressivement.

Ici, le médecin n'a évidemment pas à intervenir beaucoup ; le mieux sera même une sage temporisation. Mais, il devra surveiller chaque jour le malade et pratiquer l'examen complet de la plèvre malade, du poumon sain et des autres organes voisins. Il combattra l'hyperthermie par l'antipyrine ou par la quinine associée à l'antipyrine, et favorisera la dérivation par le tube intestinal au moyen du calomel et par le rein, au moyen des diurétiques : lait, tisane de queues de cerise, digitale.

B. La pleurésie évolue normalement, mais l'épanchement est très abondant ; la matité atteint la clavicule (Potain) la matité et l'absence des vibrations remontent jusqu'à l'épine de l'omoplate, la submatité remplace en avant, à la région claviculaire, la tonalité normale ou la tonalité élevée du son skodique ; le maximum du bruit systolique cardiaque siège au bord droit du sternum, le foie est abaissé (Dieulafoy), la thoracentèse doit être pratiquée. Le phénomène du flot, décrit par R. Tripier, de Lyon, est aussi un signe de grand épanchement et permet souvent de s'assurer de l'exactitude des résultats fournis par les autres recherches et de l'opportunité de la thoracentèse.

Dans la variété de pleurésie décrite par Jaccoud, sous le nom de *pleurésie sous-mammaire*, on doit moins tenir compte de l'étendue de la matité, qui est minime, que des déplacements viscéraux et de l'augmentation subite de la dyspnée sous l'influence d'un effort quelconque, tel que la marche ou l'action de se lever du lit. La thoracentèse est alors d'une merveilleuse efficacité.

C. La pleurésie a évolué sans grand épanchement, mais la résorption du liquide ne se fait pas facilement et demeure une menace de nouvel épanchement ou un empêchement à la convalescence du malade. Que faire alors ? Ici, deux pratiques nous paraissent également bonnes. Ou *le vésicatoire*, ou *la thoracentèse*. Il suffit souvent du signal donné par l'un ou l'autre de ces moyens, pour provoquer la débâcle, c'est-à-dire la résorption complète de l'épanchement.

Une autre question se pose : Faut-il pratiquer plusieurs fois la ponction de la plèvre dans la pleurésie aiguë séro-fibrineuse ? Evidemment oui, si l'épanchement se reproduit et entraîne les mêmes troubles, qui ont nécessité la première ponction.

Quant à l'usage répété du vésicatoire, nous n'en disons pas autant, car nous n'avons jamais observé de bons résultats de ces nombreuses répétitions de révulsifs dans la pleurésie.

Le vésicatoire est utile au début contre la douleur, à la fin pour favoriser la résorption. Pendant la période fébrile, contre de grands épanchements, il est *insuffisant* parce qu'il est forcément trop peu étendu ; rien ne vaut alors la thoracentèse.

En somme, M. Dieulafoy nous paraît avoir nettement et prudemment envisagé les indications de la ponction, quand il conclut :

1° L'urgence de la thoracentèse ne peut et ne doit être basée que sur l'évaluation de la quantité du liquide épanché ;

2° La thoracentèse est absolument inoffensive et exempte de tout incident quand on a soin de ne pas retirer plus d'un litre de liquide en une séance ;

3° La thoracentèse, pratiquée avec les procédés antiseptiques connus, ne transforme jamais une pleurésie séro-fibrineuse en pleurésie purulente.

Nous terminerons en insistant très spécialement sur la technique et les précautions indispensables pour que la thoracentèse soit inoffensive.

Le meilleur appareil est, croyons-nous, celui de Potain, convenablement nettoyé en faisant passer un courant d'eau phéniquée forte au 20e. L'appareil étant préparé, le vide aussi complètement fait que possible, on fait coucher le malade près du bord du lit, à plat sur le dos, ou légèrement incliné vers le côté sain. Mettre le malade assis est une mauvaise pratique, qui le fatigue énormément.

On cherche avec les extrémités digitales le 7e ou le 8e espace intercostal, sur la ligne axillaire postérieure, suivant le bord du grand dorsal, et on le marque à l'encre par un point ou une croix; on savonne avec de l'eau phéniquée ou du sublimé chaud, la peau de la région, on lave à l'éther et on essuie avec un linge imbibé de sublimé ou d'eau phéniquée ; le médecin fait subir le même savonnage à ses mains et les imbibe de liquide antiseptique *sans les essuyer* : le trocart est plongé quelques minutes dans l'eau phéniquée forte, l'éther ou le chloroforme, et seulement alors, on pratique la ponction au lieu marqué.

Le mandrin est retiré, le robinet ouvert *lentement* et l'aspiration se fait. On suspend l'écoulement, chaque fois que le malade tousse, et à aucun prix, on ne doit retirer plus d'un litre de liquide en une séance, quitte à recommencer le lendemain si cela est nécessaire.

Enfin, l'opérateur doit toujours être suffisamment familiarisé avec son appareil pour ne jamais se tromper dans le jeu des robinets et éviter absolument l'introduction de l'air dans la plèvre.

De cette façon, la thoracentèse sera toujours excellente et jamais dangereuse.

Dr Paul HUGUENIN.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

La syphilis du système nerveux.

Recueil d'un cours du Dr BRISTOWE.

La syphilis est incontestablement une maladie spécifique infectieuse, qui, au point de vue pathologique, ressemble surtout à la variole, à la tuberculose et au cancer. Elle diffère de la variole principalement en ce que le virus morbide n'est pas éliminé rapidement, mais demeure à l'état latent souvent pendant des années, pour se manifester ensuite sous forme de gommes ou autres lésions, qui sont, pour la plupart, localisées.

Les lésions spécifiques de la syphilis, soit acquise, soit héréditaire, sont inflammatoires et déterminées par la présence actuelle des microbes de la maladie. Le Dr Bristowe est convaincu que le siège de tout processus syphilitique actif, est capable de communiquer la maladie ; il rapporte des exemples qui permettent de

conclure, que, même les lésions viscérales de la période tardive, peuvent être infectieuses dans des circonstances où on ne peut admettre la possibilité d'une contagion directe.

Tout en rappelant que la syphilis envahit, le plus souvent, plusieurs tissus en même temps, le Dr Bristowe range les lésions qu'elle produit dans les groupes suivants :

a. Syphilis des vaisseaux (artères et veines).
b. Gommes ou syphilomes.
c. Inflammation des tissus du cerveau.

La syphilis des artères.

Aucune artère, on peut le dire, n'est indemne ; mais certaines artères (exemple celles du cerveau) sont atteintes plus souvent que les autres. L'aorte, l'artère pulmonaire, sont le siège de la maladie dans certains cas ; dans d'autres, ce sont les artères microscopiques comme les vaisseaux nourriciers de la substance cérébrale. Le processus morbide peut embrasser toute l'épaisseur de la paroi des vaisseaux ; mais il commence dans la couche interne ou dans la couche externe ; et c'est l'une ou l'autre, ou les deux ensemble, qui sont surtout le siège de la syphilis.

L'infection de la couche interne dépend sans doute de la circulation du virus dans le sang, et le Dr Bristowe partage l'opinion de Hutchinson, que l'invasion de la maladie dans la couche externe dépend d'une lésion syphilitique, dans le voisinage de l'artère.

Les artères deviennent épaisses et tortueuses, avec tendance à l'anévrysme et la rupture d'une part, ou bien à la sténose et l'oblitération par la thrombose, d'autre part.

Ces lésions produisent dans le cerveau, des troubles de la circulation et de la nutrition, l'hémorrhagie ou le ramollissement.

Quoique les lésions soient quelquefois très étendues, en général elles sont limitées à certaines régions bien définies, les autres vaisseaux demeurant plus ou moins intacts.

Il ne faut pas croire cependant que la nutrition du tissu nerveux souffre toujours, en conséquence de l'artérite, où que les symptômes soient toujours en rapport avec l'extension du foyer morbide. Dans l'observation suivante, toutes les artères de la base du cerveau étaient oblitérées par des caillots anciens, et solides, sans ramollissement.

Il s'agit d'un homme, âgé de 35 ans, qui, six mois avant sa mort, fut frappé d'une attaque apoplectiforme, suivie de paralysie presque complète, avec amblyopie grave, dont il guérit presque tout à fait. Un mois avant la mort, le bras droit devint impuissant ; le malade eut un embarras prononcé de la parole et la bouche était tirée à droite. Après une amélioration passagère, il eut une seconde attaque suivie de coma, et il mourut au bout de 2 jours. La difficulté était d'expliquer la persistance, la circulation cérébrale, et l'absence de ramollissement en présence de l'oblitération de l'artère basilaire et des deux carotides internes. Comme le caillot de l'artère basilaire n'était pas adhérent dans toute son étendue, il faut croire que le sang pouvait circuler, tant soit peu par ce conduit.

Dans un autre cas, rapporté par le Dr Bristowe, l'artère carotide interne gauche et ses branches étaient athéromateuses et oblitérées par des caillots cylindriques solides et décolorés, et cependant il n'y avait pas de ramollissement. Mais, dans presque tous les cas, il y a un ramollissement consécutif.

Les symptômes de la syphilis artérielle du cerveau peuvent, quelquefois, simuler la paralysie générale progressive, ou bien la démence chronique ; mais quelques signes physiques, apparaissant pendant le cours de la maladie, attirent en général l'attention et aident à porter le vrai diagnostic. Il ne faut pas oublier que des lésions étendues de la surface du cerveau (lésions corticales) présentent quelquefois les symptômes d'une tumeur du pont de Varole comme dans l'observation suivante :

Une femme, âgée de 46 ans, fut admise dans le service du Dr Bristowe, avec une paralysie presque complète du bras droit et de la jambe droite accompagnée d'une déviation conjuguée des yeux vers le côté droit ; ces symptômes furent suivis de paralysie du côté gauche. On porta le diagnostic de ramollissement ou de tumeur du pont de Varole, avec extension latérale, pour expliquer la complication à gauche ; mais à l'autopsie, la protubérance était normale et on trouva plusieurs foyers de ramollissement sur la couche corticale de chaque hémisphère, et sur la partie supérieure du cervelet, à gauche.

La syphilis des artères peut se manifester à toutes les époques de la vie après l'envahissement de l'économie par le virus syphilitique, aussi bien dans la syphilis héréditaire que dans la syphilis acquise et indépendamment de l'âge ou du sexe. Quoique dans les cas d'oblitération par thrombose, avec ramollissement, le pronostic soit grave et que les symptômes ne s'améliorent pas, il y a cependant des exceptions comme dans l'observation rapportée plus haut ; le Dr Bristowe a aussi vu plusieurs malades guérir après l'oblitération par embolie. De sorte qu'il est fort probable, que les lésions nutritives de la substance cérébrale, dépendent plutôt d'une affection des petits vaisseaux, que de celle des vaisseaux de gros ou de moyen calibre ; ceci a été vérifié dans un certain nombre d'observations personnelles. On doit toujours soupçonner la syphilis dans les cas de thrombose progressive des artères de la base du cerveau.

La syphilis des veines.

Nos connaissances sur ce sujet sont fort limitées. Hutchinson a décrit la périphlébite syphilitique, et le Dr Bristowe en a vu plusieurs exemples. Les sinus cérébraux peuvent être oblitérés par des caillots dus à la phlébite consécutive à une gomme de la dure-mère, et le Dr Bristowe a rapidement esquissé les détails d'une observation, où l'autopsie a révélé la thrombose du sinus caverneux, consécutive à une lésion syphilitique dans le voisinage.

Gomme ou syphilome.

Les gommes que l'on rencontre dans le cerveau ne sont pas, en général, si grosses que les gommes du foie, du poumon, etc., et varient entre la grosseur d'une tête d'épingle et celle d'un œuf de pigeon ; elles se développent surtout au voisinage de la dure-mère ou les méninges ; elles s'enfoncent dans la substance cérébrale, ou entourent les nerfs crâniens à leur origine, et peuvent intéresser en même temps les artères et les sinus cérébraux.

Aux gommes s'associe un processus inflamma-

toire, avec formation d'un exsudat, d'où il résulte des adhérences entre les membranes et une infiltration diffuse du tissu nerveux environnant. Selon le Dr Bristowe, cette inflammation secondaire est spécifique. Il rapporte 7 observations personnelles de gommes du cerveau, qui marquent surtout les différences que l'on note dans la durée de la maladie ; certains cas sont à marche rapide, d'autres, au contraire, ont une allure franchement chronique ; il importe aussi d'attirer l'attention sur les difficultés qui peuvent se présenter dans le diagnostic, comme dans l'observation qui suit :

Une femme âgée de 49 ans, était sourde depuis 7 années. Mais le premier symptôme de sa maladie fatale fut la dysphagie (Mars 1884). Elle consulta, à ce propos, le Dr Samon, chef du service de laryngologie à Saint-Thomas's hospital, au mois de juin. On reconnut la présence d'une paralysie des dilatateurs de la corde vocale gauche ; le diagnostic de tumeur du thorax fut porté. Un mois plus tard la malade ne pouvait ouvrir l'œil gauche ; pendant les trois semaines suivantes, plusieurs nerfs crâniens furent atteints ; de sorte qu'au bout de ce temps on nota les symptômes suivants : à gauche, blépharoptose complète, strabisme interne, opacité de la cornée, anesthésie de la peau dans la région de la distribution du trijumeau, paralysie des muscles masticateurs avec déplacement du menton à gauche, lorsque la bouche était grande ouverte ; perte d'odorat de la narine gauche, perte de goût sur le côté gauche de la langue, paralysie des dilatateurs de la corde vocale gauche, enrouement, dysphagie, vertiges, douleur au sommet de la tête et sur le côté gauche de la face.

Un peu plus tard vinrent se surajouter les symptômes suivants : paralysie du côté gauche du voile du palais, anesthésie du côté gauche de la langue (sans paralysie), de la bouche et du palais, perte partielle de sensibilité de l'épiglotte et du larynx, principalement à gauche.

A la suite d'un traitement antisyphilitique (mercure et iodure de potassium), il y eut une amélioration générale dans la santé ; la douleur, la dysphagie disparurent, et la malade quitta l'hôpital vers la fin de septembre.

Au mois de novembre, elle eut 3 attaques apoplectiformes qui la rendirent très faible, et il lui fut impossible de marcher ; après une autre attaque, le 9 décembre, elle rentra à l'hôpital. Son état était très grave ; elle ne pouvait pas marcher, et les autres signes quoiqu'à peu près les mêmes qu'en septembre, étaient plus accentués. Elle devint de plus en plus faible et mourut le 31 janvier. *Autopsie* : La dure-mère était très épaisse dans les fosses moyennes du crâne, sur la selle turcique et la partie basilaire de l'os occipital ; à gauche le tissu osseux était érodé.

Les 3e, 4e, 5e et 6e paires de nerfs étaient comprimées par l'exsudat syphilitique, surtout à gauche, où il était très difficile de suivre leur trajet.

La pie-mère et la substance du cerveau et de la moelle étaient normales. Avant l'apparition de la blépharoptose il était presque impossible de croire que l'on n'avait pas affaire à une tumeur intra-thoracique.

Il y a un détail important dans cette observation, sur lequel le Dr Bristowe attire l'attention ; c'est que la paralysie du côté gauche du voile du palais était associée, à la paralysie du nerf moteur du larynx du même côté et indépendamment de la paralysie de la langue et de la face ; ce qui confirme le résultat des expériences qui prouvent que le nerf moteur du voile du palais et celui des muscles intrinsèques du larynx ont la même origine, ou du moins proviennent du même tronc nerveux, et que le premier n'est probablement pas, comme on l'a soutenu longtemps, un rameau du nerf facial.

Dr Macevoy.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Révision de la loi sur l'exercice de la pharmacie.

Nous avons publié dans les précédents numéros, une étude qui résumait les aspirations du corps médical au moment où les idées de réforme se sont fait jour, avec une activité qui rappelait celle de 1845.

Il est intéressant de rapprocher de cet article le texte voté en première délibération par la Chambre des Députés, le 21 mars 1891, sur les propositions déposées par M. E. Lockroy et M. Ricard.

Ce texte, qui a été voté sans discussion aucune, sera certainement, en seconde lecture, modifié sur un certain nombre de points. Il n'en constitue pas moins le seul document officiel sur lequel on puisse s'appuyer pour étudier la question de révision de la loi sur l'exercice de la pharmacie. C'est lui que nos confrères devront prendre pour base de leurs discussions.

PROPOSITION DE LOI SUR L'EXERCICE DE LA PHARMACIE

Texte adopté en première délibération.

Article premier. — Nul ne peut exercer la profession de pharmacien, en France, s'il n'est muni d'un diplôme de pharmacien, délivré par le Gouvernement français, à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur de pharmacie de l'Etat.

Art. 2. — Désormais il ne sera plus délivré qu'un seul diplôme de pharmacien.

Art. 3. — Les pharmaciens reçus à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne peuvent exercer la pharmacie en France, qu'à la condition d'avoir obtenu le diplôme de pharmacien dans les conditions prévues à l'article premier.

Des dispenses pourront être accordées par le Ministre, conformément à un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique. En aucun cas, elles ne porteront sur la totalité des épreuves.

Art. 4. — Les étudiants étrangers qui postulent le diplôme de pharmacien visé à l'article premier de la présente loi sont soumis aux mêmes règles de stage, de scolarité et d'examens que les étudiants français. Les diplômes et certificats d'études secondaires qu'ils ont obtenus à l'étranger peuvent être déclarés par les autorités compétentes équivalents aux diplômes exigés par les règlements pour l'inscription de stage en pharmacie et pour l'inscription dans un établissement d'enseignement supérieur pharmaceutique.

Art. 5. — Tout pharmacien, avant de prendre possession d'une officine déjà établie ou d'en établir une nouvelle, devra en faire la déclaration et produire son diplôme au préfet du département ou au sous-préfet de l'arrondissement.

Art. 6. — Les internes en pharmacie des hôpitaux et hospices français, nommés au concours, et les étudiants en pharmacie dont la scolarité est terminée peuvent être autorisés à exercer la pharmacie, sans avoir subi tous les examens, pendant une épidémie ou à titre de remplaçant d'un pharmacien.

Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois. Elle est renouvelable.

Art. 7. — Aucun pharmacien ne peut tenir plus d'une officine ; il ne peut faire, dans son officine aucun autre commerce que celui des drogues et des médicaments et en général de tous objets se rattachant à l'art de guérir. Il doit avoir son nom inscrit sur ses étiquettes et sur ses factures.

Il doit, en outre, indiquer, par une étiquette spéciale, les médicaments destinés à l'usage externe.

Le pharmacien est tenu d'avoir sa résidence habituelle dans la localité où il exerce sa profession.

Art. 8. — Aucune officine ne peut être exploitée en association que sous la forme de société en nom collectif entre pharmaciens diplômés. L'officine doit toujours être tenue personnellement par l'un des membres de l'association.

Tout établissement exclusivement consacré à la fabrication et à la vente en gros des produits pharmaceutiques pourra être exploité, soit par une société en commandite simple ou par actions, dans laquelle le ou les gérants seront nécessairement pourvus du diplôme de pharmacien, soit par une société en nom collectif, dans laquelle le ou les associés pharmaciens seront seuls chargés de surveiller la fabrication et responsables.

Art. 9. — Après le décès d'un pharmacien, sa veuve ou ses héritiers peuvent, pendant un temps qui ne doit pas excéder une année à partir du jour du décès, maintenir son officine ouverte en la faisant gérer, soit par un pharmacien, soit par un élève agréé par la faculté ou l'École siégeant dans le ressort de l'Académie où se trouve la pharmacie.

Art. 10. — Toute entente entre un pharmacien et un médecin, dans le but d'exploiter une officine ou de vendre un médicament quelconque, est formellement prohibée ; toute convention par laquelle un médecin retirerait quelque gain ou un profit sur la vente des médicaments effectuée par le pharmacien est nulle.

Art. 11. — Les médecins établis dans les communes où il n'y a pas de pharmacien peuvent fournir sur place des médicaments aux malades près desquels ils sont appelés et dont le chef-lieu de la commune est éloigné de 4 kilomètres de toute pharmacie, mais sans avoir d'officine ouverte. Dans ce cas, ils sont soumis à toutes les obligations résultant pour les pharmaciens des lois et règlements en vigueur, à l'exception de la patente.

Pour satisfaire aux cas d'urgence, les médecins, même alors qu'une ou plusieurs pharmacies existent dans la localité qu'ils habitent, sont autorisés à avoir chez eux certains remèdes, dont la liste sera dressée par un règlement d'administration publique, qu'ils pourront distribuer à leurs malades dans les circonstances prévues par le même règlement.

Les vétérinaires diplômés ne peuvent tenir officine ouverte ; ils sont autorisés seulement à préparer et délivrer les médicaments destinés aux animaux confiés à leurs soins, tout en se conformant aux lois et règlements relatifs aux substances toxiques.

Art. 12. — Toute substance constituant un médicament simple ou composé, sous quelque forme que ce soit, peut, sauf l'exception prévue par l'article suivant, être librement délivrée par le pharmacien avec son étiquette et sur la demande expresse de l'acheteur, et ce, sans qu'il puisse être dérogé aux lois sur l'exercice illégal de la médecine.

Le médicament ainsi vendu devra porter sur l'étiquette le nom de la substance ou des substances actives qui en forment la base.

L'obligation relative à cette indication ne s'applique pas aux médicaments préparés pour un cas particulier sur la prescription d'un médecin, rédigée de manière à pouvoir être exécutée dans toutes les pharmacies.

Elle ne s'applique pas non plus à ceux qui sont inscrits dans le *Codex*, à la condition qu'ils soient vendus sous la même dénomination que celle du *Codex*.

Aucun médicament simple ou composé de fabrication française ou étrangère ne pourra être livré au public, sans que le nom ou la formule exacte et précise n'ait été déposée à l'Académie de médecine, si elle ne se trouve inscrite au Codex.

Tout pharmacien français pourra en prendre connaissance et livrer la substance ou exécuter la formule, sauf à respecter la marque de fabrique adoptée par l'auteur de la formule.

Art. 13. — Sont exceptés des dispositions de l'article précédent les substances simples toxiques et les médicaments composés doués de propriétés vénéneuses qui sont nominativement désignés dans le décret du 8 juillet 1850 ou qui le seront, soit dans le règlement d'administration publique prévu à l'article 26 de la présente loi, soit dans les décrets ultérieurs.

Ces substances ne pourront être délivrées par des pharmaciens que sur la prescription qui en sera faite par les médecins ou ceux qui ont le droit de signer une ordonnance.

Si les pharmaciens conservent l'ordonnance médicale, ils devront en délivrer, s'ils en sont requis, une copie certifiée conforme.

Toute ordonnance médicale exécutée dans une pharmacie ne sera rendue qu'après l'apposition du timbre de la pharmacie

En outre, il sera dressé dans le *Codex* une liste de médicaments dont chaque délivrance ne pourra être faite que sur une ordonnance nouvelle.

Art. 14. — Nul autre que les pharmaciens ne peut tenir en dépôt, vendre ou distribuer au détail, pour l'usage de la médecine humaine ou vétérinaire, aucune substance simple ou préparation à laquelle sont attribuées des propriétés médicinales ou curatives, sauf les exceptions inscrites aux articles 11 et 15.

Art. 15. — Peuvent être librement vendus par des personnes non pourvues du diplôme de pharmacien, certains médicaments simples, d'un usage courant, ainsi que les plantes médicinales fraîches ou sèches dont la liste sera insérée au *Codex*.

Il ne sera plus délivré de certificat d'herboriste.

Art. 16. — Il est créé un corps d'inspecteurs de la pharmacie.

Les inspecteurs seront nommés par le ministère compétent, sur la présentation du Comité consultatif d'hygiène de France.

Ils seront choisis parmi les pharmaciens ayant exercé la pharmacie civile ou hospitalière.

Il y aura au moins un inspecteur par département.

Les inspecteurs seront assermentés et devront résider dans le département dont l'inspection leur sera confiée.

Un règlement d'administration publique déterminera le mode et les conditions d'exercice de l'inspection.

Art. 17. — Les associations commerciales et industrielles, les sociétés de secours mutuels, les communautés, les établissements de bienfaisance et ceux reconnus d'utilité publique possédant un personnel nombreux, peuvent avoir une pharmacie pour leur usage particulier seulement, et sous la condition expresse de la faire gérer par un pharmacien, qui en aura la direction effective et exclusive.

Ne peuvent, lesdits établissements, associations et communautés, vendre ni même distribuer gratuitement, en dehors de leur personnel, les médicaments autres que ceux dont la vente est libre en vertu de l'article 15.

Les pharmacies des hôpitaux et hospices doivent être pourvues d'un pharmacien. Celui-ci est autorisé à délivrer gratuitement des médicaments, sur l'ordonnance d'un médecin ou chirurgien des hôpitaux, aux malades qui se présentent à la consultation externe.

Tout pharmacien sera tenu de fournir pour le compte de l'assistance publique, hospices, bureaux de bienfaisance, communes ou départements, les médicaments destinés aux indigents.

Les conditions et les prix de ces fournitures seront arrêtés pour chaque département par un règlement d'administration publique.

Art. 18. — Il est publié, tous les dix ans au

moins, une édition de la *Pharmacopée légale* ou *Codex*.

Le *Codex* est rédigé en langue française.

Il renferme :

1° Pour les médicaments usuels, les formules et les modes de préparation qui doivent être rigoureusement suivis par les pharmaciens, afin d'assurer l'uniformité des produits dans toutes les officines ;

2° La liste des substances toxiques mentionnées à l'article 13 et la nomenclature de celles dont la délivrance ne pourra être répétée que sur une ordonnance nouvelle ;

3° La liste des plantes, drogues simples et préparations désignées à l'article 15 et dont la vente est entièrement libre.

Une Commission permanente, instituée près les ministres compétents, est chargée de la rédaction du *Codex* et, lorsqu'il y a lieu, de la publication des fascicules complémentaires.

Cette Commission sera composée en nombre égal de professeurs de Facultés de médecine, de professeurs des Écoles supérieures de pharmacie et de pharmaciens tenant une officine. Deux vétérinaires en feront partie.

Tout pharmacien doit être pourvu de la plus récente édition du *Codex* et de ses compléments.

Jusqu'à ce qu'une nouvelle édition du *Codex* soit publiée conformément aux dispositions de la présente loi, les listes ci-dessus devront être annexées, à titre de supplément, à l'édition actuelle, qui ne pourra être vendue sans être accompagnée de ce supplément.

Art. 19. — Quiconque, sans être pourvu d'un diplôme de pharmacien délivré en France conformément à la loi, aura exercé la profession de pharmacien ou se sera immiscé par coopération, association ou tout autre accord dans l'exercice de cette profession, en dehors des cas prévus aux articles 6, 8, 9, et 11 ci-dessus, sera puni d'une amende de 500 à 3.000 francs.

Art. 20. — La peine de l'article précédent est applicable :

1° A la veuve et aux héritiers d'un pharmacien décédé qui auront contrevenu à l'article 9 ;

2° A l'élève, autorisé par les articles 6 et 9, qui aura exercé en dehors des conditions desdits articles ;

3° Aux directeurs, chefs ou administrateurs des établissements autorisés à la gestion d'une officine intérieure qui auront contrevenu aux conditions de cette autorisation ;

4° Aux fabricants ou commerçants en gros qui auront, contrairement à l'article 14, débité ou livré directement aux consommateurs des drogues ou préparations pharmaceutiques autres que celles dont la vente est libre aux termes de l'article 15.

Art. 21. — Tout pharmacien qui se sera associé soit avec un médecin, soit avec toute autre personne, en contravention avec les dispositions de la présente loi, pour l'exploitation soit d'une officine, soit d'un remède isolé, sera puni de la même peine que le contrevenant.

Art. 22. — Sera puni d'une amende de 500 francs à 2.000 francs tout pharmacien qui aura sciemment délivré des médicaments ou des substances médicamenteuses reconnues détériorées ou falsifiées.

Ces produits seront confisqués et détruits aux frais du contrevenant.

Art. 23. — Toute infraction aux dispositions de la présente loi sera punie d'une amende de 16 à 1.000 francs, et ce, sans préjudice des pénalités de droit commun, en cas de crime ou délit.

Art. 24. — L'article 463 du Code pénal est applicable à toutes les condamnations prononcées en vertu de la présente loi.

Art. 25. — Dans l'année qui suivra la promulgation de la présente loi, il sera rendu un règlement d'administration publique portant révision de l'ordonnance du 29 octobre 1846 et du décret du 8 juillet 1850.

Art. 26. — La présente loi est applicable à l'Algérie et aux colonies.

Art. 27. — Sont et demeurent abrogés :

1° L'arrêt du Parlement de Paris du 23 juillet 1748 et tous les arrêts, édits, déclarations et règlements qui y sont rappelés ;

2° La déclaration du roi du 25 avril 1777 ;

3° La loi du 14 avril 1791 ;

4° Le titre IV (art. 21 à 38) de la loi du 21 germinal an XI ;

5° Les articles 41 à 46 de l'arrêté du 25 thermidor an XI ;

6° La loi du 25 pluviôse an III ;

7° Le décret du 25 prairial an XIII ;

8° Le décret du 18 août 1810 ;

9° L'ordonnance du 8 août 1816 ;

10° Le décret du 23 mars 1859 ;

11° Généralement, les dispositions des lois, ordonnances et décrets antérieurs qui seraient contraires à la présente loi.

Dispositions transitoires.

Le diplôme de pharmacien de 2e classe, supprimé par la présente loi, sera néanmoins encore délivré aux élèves qui auront pris une ou plusieurs inscriptions de stage ou de scolarité avant la promulgation de la présente loi, mais dans un délai qui ne pourra dépasser huit années à partir de cette promulgation.

Les pharmaciens pourvus du diplôme de 2e classe pourront exercer sur tout le territoire de la République.

Pour être complets nous reproduisons le texte des articles 11 et 24 du projet de loi sur l'exercice de la médecine tel qu'il avait été voté par le Sénat.

Ces deux articles ont été renvoyés par la Chambre des députés à la Commission saisie de la loi sur l'exercice de la pharmacie.

Art. 11.

L'exercice simultané de la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme avec celle de pharmacien ou d'herboriste, est interdit, même en cas de possession des titres conférant le droit d'exercer ces professions. Cette disposition n'est pas applicable à ceux qui exercent aujourd'hui simultanément ces deux professions.

Toutefois, sous la condition de se soumettre aux lois et règlements régissant la pharmacie, à l'exception de la patente, tout docteur peut porter des médicaments à ses malades, lorsque ceux-ci demeurent à quatre kilomètres au moins d'une officine de pharmacie. Il peut aussi, mais sans tenir officine ouverte, fournir chez lui des médicaments à ses malades, lorsque sa demeure est à quatre kilomètres au moins d'une officine de pharmacie.

La délivrance de médicaments doit être accompagnée d'une ordonnance, datée et signée, indiquant leur nature et les doses prescrites.

Art. 24.

Toute infraction aux prescriptions de l'article 11 est punie d'une amende de 100 à 500 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 500 à 1.000 fr. et d'un emprisonnement de six jours à trois mois, ou de l'une de ces deux peines seulement.

Association de la Presse médicale.

Le Service militaire des Étudiants en Médecine.

Vendredi dernier, 3 mars, M. le Ministre de la Guerre a bien voulu recevoir les membres de la Commission nommée par l'Association de la Presse médicale pour l'étude de la question du Service militaire des Étudiants en médecine.

M. le Pr Cornil a présenté la Commission, que M. le Ministre de la Guerre a accueillie avec la plus parfaite courtoisie.

M. le Ministre a promis de faire étudier la question par les bureaux compétents et a donné l'assurance qu'il était résolu à entrer dans la voie indiquée par l'Association de la Presse médicale.

Le rapporteur de la Commission a déposé alors sur le bureau de M. le Ministre le rapport ci-dessous que nous reproduisons *in extenso*.

Monsieur le Ministre,

Dans sa réunion du 13 février 1893, tenue sous la présidence de M. le Pr Cornil, sénateur de l'Allier, l'Association de la Presse médicale a voté, à l'unanimité des membres présents, la proposition suivante, relative au service militaire des étudiants en médecine :

« Les étudiants en médecine feront leur service militaire, comme *médecins*, leurs études médicales terminées ; ils devront être docteurs ou internes nommés au concours, dans une ville où siège une Faculté, à l'âge de 27 ans. »

Au nom de la Commission nommée par cette assemblée, et composée de MM. Cadet de Gassicourt, Laborde et Lereboullet, membres de l'Académie de médecine, Cézilly et Marcel Baudouin, secrétaire, j'ai l'honneur, Monsieur le Ministre, de soumettre à votre bienveillante attention l'exposé des motifs qui ont entraîné la conviction de tous les membres de notre Association.

De l'adoption du vœu que nous vous présentons, et que nous vous prions de vouloir bien examiner, dépendent, en effet, et la vie de nos soldats exposés aux balles ennemies et l'avenir de nos armées, au jour d'une déclaration de guerre.

C'est l'intérêt suprême de la Patrie qui est ici en jeu ; et si jamais la devise : *Si vis pacem, para bellum*, a pu être citée dans une question militaire, c'est certes le cas de la rappeler encore à cette occasion.

Aussi serait-il superflu d'insister trop longuement devant vous sur l'immense *préjudice* apporté aux études médicales par le système actuellement en vigueur. En effet, par suite de l'âge (19 ans) auquel l'étudiant en médecine se fait inscrire d'ordinaire dans une Ecole ou une Faculté, et de la nécessité où il est de partir comme soldat à 21 ans, il y a interruption forcée dans le cours de ses études. Ce temps d'arrêt est très préjudiciable à l'élève qui, pendant l'année qu'il passe au régiment, abandonne toute habitude de travail intellectuel et oublie en partie les matières précédemment apprises. En réalité, à sa rentrée à l'Université, il a souvent perdu le fruit de plus d'une année d'études.

Nous croyons plus urgent et plus utile d'envisager la question *au seul point de vue militaire*, l'intérêt de notre Armée devant évidemment primer toute autre considération.

L'obligation de faire actuellement une année de service comme soldat, dans un régiment d'infanterie, ne se justifie pas pour les étudiants en médecine au point de vue exclusivement militaire, cela pour plusieurs raisons.

1° L'étudiant en médecine, du fait de son inscription à une Ecole ou Faculté, est, d'office, en cas de guerre, un soldat qui n'ira jamais au combat. *Il ne sera jamais un combattant.* Même, si la guerre éclatait aujourd'hui, pendant qu'il fait son année de service, l'étudiant serait immédiatement *désarmé* et versé dans une section d'infirmiers : le règlement est formel.

Il y a donc là des conditions spéciales sur lesquelles on ne saurait trop insister. Les médecins sont, en effet, les seuls qui, pendant la période de temps qu'ils doivent à la Patrie et pendant la durée d'une guerre, soient aptes à remplir les mêmes fonctions que celles qu'ils exerçaient dans la vie civile. Les élèves d'une autre Ecole (Polytechnique, Normale, Centrale) ne sauraient être placés sur le même pied que les étudiants en médecine, et le corps de santé militaire est la seule arme qui présente un pareil caractère distinctif.

Pourquoi dès lors donner l'instruction du futur combattant à celui qui ne combattra jamais, à celui qui n'a pas le droit de combattre — puisqu'il est neutralisé en temps de guerre par la Convention de Genève — à celui qui, à supposer qu'il pût sauver une armée et même son pays en tirant un seul coup de fusil, n'aurait pas le droit de le faire ?

Pourquoi vouloir quand même, pendant six mois au moins, faire porter le fusil à celui auquel un règlement sacré, un règlement international, défend de porter les armes ? L'étudiant en médecine se trouve donc placé dans de toutes autres conditions que ses camarades des grandes Ecoles du Gouvernement ! Pourquoi dès lors tenir à l'initier, comme ces derniers, aux exercices militaires, lui qui ne doit être que médecin, avant de l'incorporer dans les rangs de ses confrères immédiats, à la suite des médecins aides-majors de l'armée active ?

2° D'autre part, alors même que l'étudiant apprend pendant un an le métier de combattant, tout ce qu'il a à apprendre — et il assimile vite, en raison de ses études antérieures — tout ce qu'il a appris, ne lui ouvre plus tard aucun droit au commandement de la troupe, quand il aura été nommé médecin de réserve.

3° L'Etudiant en médecine, pendant son année de service militaire, ne s'initie pas aux difficultés du métier qu'il sera tenu d'exercer à la déclaration de guerre. Il faut à tout prix les lui faire connaître, les lui apprendre. Aussi l'Etat et l'Armée doivent-ils lui accorder toutes facilités pour qu'il puisse acquérir au plus vite le grade de docteur en médecine et, partant, devenir pour eux toute autre chose qu'une non-valeur.

Le système actuel met un obstacle très grand à l'instruction professionnelle de médecin militaire. En effet, le jour où il sera nommé médecin de réserve, l'étudiant n'aura pas encore servi comme « professionnel », mais simplement comme combattant ! Il ignorerait par conséquent le premier mot du rôle qu'il serait appelé à jouer du jour au lendemain, si la guerre venait à éclater avant qu'il n'ait fait ses 28 jours comme médecin de réserve ! Et, à supposer qu'il ait servi 28 jours dans ce grade, il n'en saura guère davantage : il faut un plus long temps pour apprendre à connaître le matériel du service de santé en campagne, l'administration militaire, etc. ! Enfin le médecin de réserve passe dans la territoriale, tout aussi ignorant. C'est alors qu'il peut être appelé à diriger un hôpital de campagne et avoir sous ses ordres un officier d'administration du cadre auxiliaire, aussi peu instruit que lui sur les fonctions qu'il a à remplir ! On frémit quand on songe à la responsabilité encourue. Et dire que, sur nos seize hôpitaux de campagne, il y en aura douze qui devront fonctionner de la sorte !

Tous ces inconvénients disparaîtront le jour où l'étudiant, reçu docteur ou interne avant 27 ans, pourra faire, à 28 ans au plus tard, son année de service militaire comme médecin aide-major de réserve, c'est-à-dire comme officier, au même titre que ses camarades de l'Ecole polytechnique ou de l'Ecole centrale. En un an il saura son métier et il sera inutile de l'obliger à refaire deux fois de suite 28 jours. En un an, avec un bon programme, avec 6 mois d'hôpital et 6 mois de régiment, il aura appris à diriger un hôpital de campagne, même sans le secours d'un officier d'administration du cadre actif et, dès lors, pourra parfaitement remplir les fonctions de médecin de l'armée territoriale au moment opportun.

Bien entendu, en raison de la faveur spéciale qui leur serait accordée, les médecins ainsi nommés aides-majors de réserve ne recevraient aucune espèce d'appointements, sauf exception pour des cas tout à fait particuliers à déterminer.

4° Il est une dernière considération qu'il importe au plus haut point de ne pas passer sous silence. Chacun sait qu'en cas de guerre le nombre de mé-

decins disponibles *se trouvera très insuffisant*. Or, en accordant aux étudiants la faculté de ne servir un an qu'après leur 5e, 6e ou 7e année d'études, après l'obtention de leur doctorat ou du titre d'interne, on augmentera sensiblement le nombre des médecins aides-majors de 2e classe de réserve.

Et ce surplus, ce contingent nouveau de médecins de la réserve (le chiffre en sera très respectable) viendra très utilement renforcer le cadre actif en temps de paix des médecins de l'armée régulière. Tout cela est de capitale importance, car personne n'ignore que ce cadre actif est aujourd'hui notoirement insuffisant, principalement en aides-majors, et que cette insuffisance même est telle que le service régimentaire et surtout le service hospitalier se trouvent presque compromis.

En terminant, nous voudrions insister sur la nécessité absolue d'autoriser légalement les internes, reçus au concours dans une ville où il y a une Faculté de médecine, à jouir des mêmes prérogatives que les docteurs. L'Armée a, en effet, le plus grand intérêt à incorporer tous les internes le jour de la mobilisation avec le titre de médecins traitants (c'est-à-dire d'officiers) et non plus de médecins auxiliaires (c'est-à-dire sous-officiers) ; car voici qui deviendrait grave si l'on ne voulait entrer dans cette voie : la direction et le commandement appartenant toujours de droit à l'officier ayant le grade le plus élevé ou étant le plus ancien dans le grade le plus élevé, le commandement et la direction des hôpitaux de campagne passeraient forcément aux médecins territoriaux les moins instruits et les moins capables, parce qu'ils sont les plus anciens, parce que l'ancienneté de service compte pour beaucoup dans l'obtention de l'avancement, et parce que l'interne sera nécessairement toujours de 2 à 3 ans en retard sur un camarade d'études qui n'aura pas passé par l'internat. Il en résulterait un réel préjudice et pour le Corps de santé et pour l'Armée, le moins digne commandant au plus digne.

Peut-être faudrait-il encore justifier la limite d'âge adoptée : 27 ans ? Mais une telle discussion nous entraînerait trop loin. Qu'il nous suffise d'ajouter qu'en demandant l'adoption de ce chiffre l'Association de la Presse médicale a cru pouvoir parer à toutes les objections faites à la limite d'âge (26 ans) de la loi de 1889.

Ainsi donc l'intérêt des études médicales se confond avec l'intérêt de l'Etat et de l'Armée. Et nous ne craignons pas d'ajouter que le second justifie bien mieux encore que le premier la revision de la loi sur le recrutement.

Ce n'est pas d'ailleurs, Monsieur le Ministre, la première fois que se trouve posée de cette façon la question du Service militaire des Etudiants en médecine. En effet, l'article 23 du projet de loi déposé le 25 mai 1886 sur le bureau de la Chambre des Députés, par M. le Ministre de la guerre, était ainsi conçu :

« Art. 23. — Ceux qui sont pourvus du diplôme de docteur en médecine accomplissent leur service actif dans un corps de troupe en qualité de médecins auxiliaires. Si, après une année de présence, ils sont l'objet d'un rapport favorable de leurs chefs, ils sont nommés médecins aides-majors de 3e classe de réserve et renvoyés dans leurs foyers. »

Malheureusement, cet article 23 a subi bien des tribulations, et bien des transformations à la Chambre des Députés et au Sénat. Deux fois la Chambre des Députés voulut y revenir ou se rallier à un texte à peine différent : Deux fois le Sénat s'y refusa. Finalement, rien ne fut obtenu ; mais le dernier rapporteur à la Chambre, M. Ed. Thiers, tout en concluant à l'admission des restrictions formulées par le Sénat, ajoutait :

« Cela ne veut pas dire que ni dans l'esprit de la Commission ni dans celui de son rapporteur, les dispositions pour lesquelles la Chambre aura combattu jusqu'à sa dernière heure doivent être abandonnées à jamais. Non, Messieurs, toute loi est perfectible... Vos successeurs n'auront plus tout à reprendre. Leur tâche, plus simple, se réduira à quelques perfectionnements, déjà bien définis par vous-mêmes. »

Ce que nous demandons, M. le Ministre, n'est que l'un de ces perfectionnements.

Et c'est pour les raisons que nous venons d'exposer et en raison de bien d'autres considérations sur lesquelles nous n'avons pas pu nous appesantir, que notre Commission, au nom de l'Association de la Presse Médicale, vous prie de vouloir prendre en considération le vœu qu'elle a l'honneur de vous soumettre et qui est ainsi formulé :

« *Les Etudiants en Médecine feront leur service militaire comme* médecins aides-majors de 2e classe de réserve, *leurs études médicales terminées. Ils devront être docteurs ou internes nommés au concours dans une ville où siège une Faculté à l'âge de 27 ans.* »

Le Rapporteur,

MARCEL BAUDOUIN,
Secrétaire.

Paris, le 3 Mars 1893.

REPORTAGE MÉDICAL

Service de santé militaire

Il a paru, dans le *Progrès médical*, signés du pseudonyme de Dr Freeman, une série d'articles faits avec beaucoup de méthode et de précision, sur l'organisation actuelle du service de santé militaire. Cette étude, d'une netteté et d'un calme impressionnants, sans emballement ni déclamation, devient par le simple exposé des faits et les conclusions qui en découlent, une critique extrêmement vive et pénétrante de la direction actuelle du service de santé. Sans prendre parti dans la discussion qui doit naître, car les affirmations du Dr Freeman exigent des démentis accompagnés de preuves, nous nous bornons à résumer les principales critiques qui ont été émises :

1° Il y a insuffisance des cadres actifs des médecins militaires, et surtout insuffisance dans les grades supérieurs. Cette insuffisance, en temps de guerre, serait telle qu'on serait obligé de placer, à la tête de certains corps dans l'armée de seconde ligne, au lieu de médecins principaux de 1re classe, des majors de 1re classe, pris au hasard et sans que leurs fonctions les eussent disposés à ce rôle important.

2° Il y a insuffisance du nombre des officiers d'administration du cadre actif. « Aucun des médecins-chefs du cadre auxiliaire n'aura à sa disposition d'officier d'administration du cadre actif. »

3° Il y a insuffisance des infirmiers de visite, atteignant 50 et 70 % pour les caporaux d'active et de territoriale, et 70 % pour les simples soldats d'active et de territoriale ; de là, des résultats déplorables en temps de guerre au point de vue des pansements et du fonctionnement des formations sanitaires. De plus, une grande partie de ces infirmiers est choisie parmi les malingres, les chétifs, les inintelligents, insuffisamment instruits, au contraire de ce qui devrait être.

4° Le matériel de pansement, dont la direction du service de santé a fait de grands approvisionnements, n'a pas la moindre qualité antiseptique ; il est même septique, comme l'ont prouvé les recherches faites.

Voici d'ailleurs la question que le *Progrès Médical* adresse à l'Administration de la guerre. Elle nécessite une réponse ; tous nos lecteurs seront de cet avis !

De la dotation des formations sanitaires de campagne, en nouveau matériel de pansements. — Nous

avons attendu en vain jusqu'ici une réponse aux révélations, si nettes et si précises, contenues dans notre dernier article. Il semblerait en résulter que non seulement pas une des formations hospitalières des Corps d'armée mobilisés ne serait encore dotée à la date d'aujourd'hui du nouveau matériel de pansement, mais encore que ce nouveau matériel *n'est pas antiseptique, n'est pas même aseptique.*

On devrait savoir, à l'administration de la guerre, depuis deux ans au moins, que l'antiseptisation du matériel de pansement, au moyen du bichlorure de mercure, paraît une chimère, et on a néanmoins commandé, et sans avoir pris l'avis du Comité technique, paraît-il, des masses colossales de matériel bichloruré, qu'on peut évaluer à plusieurs millions de francs, en dépensant, ainsi en pure perte des sommes formidables.

Suivant les indications de la nomenclature générale des Services de santé et celle de la Voiture technique de Chirurgie (21 juin 1891) :

Le kilogramme d'étoupe purifiée, en nappe, non bichlorurée, coûte 7 fr. (en 2 paquets).

Le kilogramme d'étoupe purifiée, en nappe, bichlorurée, coûte 12 fr. (en 4 paquets).

Le kilogramme de ouate de tourbe, en nappe, non bichlorurée, coûte 1 fr. 60 (en 4 paquets).

Le kilogramme de ouate de tourbe, en nappe, bichlorurée, coûte 3 fr. (en 2 paquets).

On aurait dû savoir que tout l'approvisionnement qu'on a constitué en paquets de pansement individuel représentant une somme d'au moins 800.000 fr. (et ce n'est pas la moitié du nécessaire) se trouve menacé à courte échéance d'une destruction complète. La commission des finances, au Parlement, a-t-elle eu connaissance de ces détails ? L'intérêt du trésor, du Corps de santé et de l'armée entière exige la connaissance de toute la vérité. Si nous nous trompons, qu'on le démontre de bonne foi, à l'aide de renseignements recueillis de divers côtés, que nous croyons exacts. S'il n'en est pas ainsi, nous nous empresserons de le reconnaître.

Dr Freeman.

— *Enseignement populaire supérieur subventionné par la Ville de Paris*, professeur Dr A.-J. Martin. — *Hygiène sociale.* — Le cours est consacré cette année à l'hygiène du groupe professionnel. — Le milieu professionnel, en particulier le milieu industriel ; instruments, ateliers de travail. — L'ouvrier : âge, sexe, constitution, état normal, durée du travail, travail des enfants, apprentissage, alimentation, habitation et maladies des ouvriers.

1° Leçons par groupe de cinq dans des arrondissements spécialement désignés ; 2° Conférences pratiques, le dimanche matin à 9 h. 1/2.

Les personnes qui se feront inscrire par lettre, adressée au Professeur à l'hôtel de ville, seront individuellement prévenues à domicile, de chaque groupe de cours et pour chaque conférence pratique.

— *Société de secours mutuels et médecins.* — La Société de secours mutuels de Buda-Pesth a introduit récemment dans son règlement la liberté laissée aux malades de choisir leurs médecins, mais à condition que le médecin accepte comme honoraires de chaque visite la somme de quarante kreutzers (environ 0 fr. 60). Cent médecins se sont fait inscrire.

Cela est joli ! mais voici qui est mieux. Une Société de secours mutuels de Berlin accepte, comme médecin de la Société, tout médecin qui s'engage à donner ses soins *gratuitement.* En revanche, la Société s'engage, à la mort d'un médecin de la Société, à envoyer une lettre de condoléances à la famille, et à déposer une couronne sur sa tombe. Un point, c'est tout.

— *Remède secret.* — L'auteur d'un élixir très complexe, se disant autorisé sur ses prospectus, demandait néanmoins au Ministre l'autorisation académique. Le rapporteur de la commission, M. Lereboullet, a proposé à l'Académie de refuser cette autorisation, et, de plus, d'engager le Ministre à renvoyer ce dossier aux tribunaux compétents, l'auteur étant sous le coup de poursuites pour infraction aux prescriptions de la loi de germinal an XI. Ces conclusions ont été adoptées par l'Académie.

— Par décret en date du 26 novembre 1892, le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, aux clauses et conditions imposées par le donateur, la donation d'une somme de 500 francs qui lui a été faite par le docteur J.-B.-A. Aubert, dans le but de créer un prix pour le meilleur mémoire soumis à cette Compagnie, d'ici à cinq ans, sur cette question : « *Rechercher par l'observation clinique et expérimentale s'il existe chez l'homme des constitutions réfractaires à la tuberculose.* » Si, dans le délai indiqué, personne n'a mérité le prix, l'Académie pourra remplacer cette question par celle-ci : « *Rechercher les conditions qui peuvent rendre l'homme réfractaire à l'action du bacille de la tuberculose.* »

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le Dr Duvault, de Paris-l'Hôpital (Saône-et-Loire), membre du Concours médical.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'École de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

Guide pratique pour l'examen des maladies du Larynx, du Nez et des Oreilles, par Baratoux. — Société d'Editions scientifiques, Paris, 1892, **4** fr. **80** franco pour MM. les membres du Concours médical.

M. Baratoux vient de publier un Guide pratique pour l'examen des maladies du Larynx, du Nez et des Oreilles, avec gravures dans le texte et un atlas de 186 figures, qui rendra de réels services aux étudiants. Ce Manuel est destiné aussi aux médecins qui désirent entreprendre l'étude des affections de ces organes ; ces derniers y trouveront l'exposé de toutes les méthodes d'examens utiles pour établir le diagnostic, les principaux modes de traitement utilisés de nos jours.

Traité clair, précis, court, sans prétention, sans phrases inutiles ; figures bien choisies ; impression soignée. Telles sont les qualités que nous avons à signaler. Nous ne pouvons, on le comprend, insister davantage sans tomber dans une énumération qui ressemblerait singulièrement à une table des matières. L'auteur a atteint le but qu'il s'était proposé. On ne peut rien demander de mieux. (Extrait du *Progrès médical*, n° du 4 mars 1893.)

Vient de paraître :

Le Nicotinisme, nouvelle étude de psychologie, par le Dr Emile Laurent, ancien interne à l'infirmerie centrale des Prisons de Paris. — Avec dix portraits hors texte. — Société d'Editions Scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, place de l'Ecole de Médecine, Paris.

Nota. — Ce volume fait partie de la Bibliothèque générale de physiologie (prix **3** fr. **50**) et sera expédié franco contre un mandat. Net **2** fr. **80.**

C'est une étude aussi originale que documentée contenant une curieuse histoire du tabagisme avec des détails très curieux sur l'origine de la pipe, de la prise, de la chique. On y lira de très intéressantes pages sur l'influence du tabac, sur l'intelligence, sur l'amour et, partant, sur la race.

Je ne parle pas des chapitres sur le tabac à l'école et le tabac dans les prisons. Mais je recommande surtout aux curieux les chapitres si originaux sur l'influence de l'imitation et la suggestion sur le développement du tabagisme et sur sa guérison par l'hypnotisme.

Le volume est précédé d'une préface de M. Decroix, le sympathique président de la *Société contre l'abus du tabac*, et orné des portraits des antitabagistes français et étrangers les plus connus.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année N° 11 18 Mars 1893

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Moyen d'arrêter les vomissements pendant l'anesthésie chloroformique.

On sait que pour arrêter ou, tout au moins pour diminuer les vomissements pendant l'anesthésie chloroformique, le premier moyen consiste à faire disparaître toute sensibilité réflexe en augmentant la dose de chloroforme. On devra donc tout d'abord verser une nouvelle quantité de ce liquide sur la compresse ; mais cela ne suffit pas et différents autres moyens ont été proposés.

C'est ainsi que le docteur B. Joos, assistant à l'hôpital de Winterthur, propose un procédé, emprunté, du reste, à la pratique du docteur Leloir, professeur à Lille, pour les cas de hoquet incoercible. Il recommande de comprimer soit le phrénique du côté gauche, soit ces deux nerfs à la fois, à l'aide des pouces placés immédiatement au-dessus de l'extrémité sternale de la clavicule.

M. Joos aurait obtenu d'excellents résultats de cette compression qui doit être continuée quelques minutes après la cessation des accidents.

Comme on le voit, le procédé est simple et ne peut faire courir le moindre danger au malade. S'il ne réussit pas, si les vomissements ne cessent pas aussitôt, on pourra avoir recours à un moyen bien simple et qui a déjà rendu de grands services.

Ce moyen consiste à prendre une compresse, à la tremper dans de l'eau bien froide et à l'appliquer sur le cou du malade. L'effet est immédiat, et la compresse doit être, bien entendu, changée dès qu'elle commence à s'échauffer. Le froid agit ici comme la compression sur les nerfs phréniques, et son effet est tellement local, qu'il n'y a pas à craindre un refroidissement susceptible de produire des manifestations pulmonaires.

Traitement de l'anthrax.

La thérapeutique exacte de l'anthrax n'est pas encore définitivement fixée et l'on peut dire que chaque praticien le traite à sa façon, suivant les indications individuelles. La revue que M. *Baudouin* a publiée dans la *Semaine médicale* des différentes opinions des chirurgiens de Paris à ce sujet, montre qu'en réalité les avis sont très partagés. Verneuil emploie les pulvérisations phéniquées prolongées. M. Guyon fait de grandes *incisions débordantes* comme Velpeau, profondément, mais sans toucher à l'aponévrose. D'autres préfèrent le thermo-cautère, comme M. Terrier, M. Routier, M. Quénu. En fait, nous croyons que la meilleure méthode est encore celle de M. Routier :

1° Dans les anthrax à forme limitée, chez un sujet sain, les incisions sont inutiles ; elles n'abrègent ni la douleur, ni la durée de la maladie. L'évolution se fait bien sous un large paquet d'ouate hydrophile imbibée de liqueur de Van Swieten et graissée, du côté à appliquer sur l'anthrax, avec de la vaseline aseptique ou boriquée : ceci pour éviter l'irrigation de la peau. On place par-dessus du taffetas gommé ou plutôt de la gutta-percha laminée, qui vaut mieux, parce que sous l'influence de la chaleur elle se colle à la peau et qu'il suffit de changer l'ouate une fois par vingt-quatre heures. Quand les bourbillons sont visibles, on les retire à la pince ;

2° Dans les anthrax à forme envahissante chez des sujets sains, on doit faire une grande *incision cruciale* au thermo-cautère, dépassant les limites du mal ; on y ajoutera dans chaque quartier des pointes de feu profondes, ayant pour but d'ouvrir largement, presque de détruire les larges plaques de tissu cellulaire induré. Pansement à l'ouate imbibée de sublimé et couchée dans les plaies. M. Routier n'a jamais retiré grand bénéfice des pulvérisations phéniquées qu'il a essayées dès l'apparition de ces anthrax ;

3° Ces mêmes anthrax, quand ils surviennent chez les diabétiques, seront traités d'une façon identique ; mais on soignera en même temps la maladie générale.

Traitement de la pustule maligne (charbon).

Nous tenons à rapprocher de ce mode de traitement de l'anthrax, une méthode un peu spéciale préconisée par un médecin russe, contre la pustule maligne, qui ressemble un peu à l'anthrax au point de vue de l'évolution clinique.

Le meilleur procédé de traitement de la pustule maligne par l'acide phénique consisterait, d'après M. le docteur Strizovère, à pratiquer des injections d'eau phéniquée à 3 % *au centre même* de la plaque charbonneuse. L'aiguille de la seringue de Pravaz ayant été enfoncée en ce point, on injecte successivement de huit à dix seringues de la solution phéniquée, en dévissant chaque fois la seringue pour la remplir de nouveau, l'aiguille étant laissée en place. Le liquide injecté revient à la surface en filtrant à travers les tissus et baigne ainsi la pustule dans toute son épaisseur. Les insuccès que quelques médecins ont eus avec le traitement phéniqué dans les cas de charbon s'expliqueraient, d'après M. Strizovère, par une technique défectueuse des injections. Avec son procédé, notre confrère a obtenu, sur soixante cas de pustule maligne, soixante guérisons. Parfois une seule séance d'injections a suffi à enrayer le mal. (*Sem. méd.*)

Anesthésie locale par la tropacocaïne.

Deux dentistes, MM. *Pinet et Viau*, viennent de faire à la Société d'odontologie une communication sur un succédané de la cocaïne pour anesthésier localement les tissus à opérer, et qui porte le nom de tropacocaïne.

Cette substance nouvelle a été extraite des feuilles d'une variété particulière de coca provenant de l'île de Java, par M. Giesel, un des auteurs de la fabrication synthétique de la cocaïne. M. Liebermann, qui a bien étudié ses propriétés et sa constitution chimique, a prouvé que c'est un benzoïlo-pseudo-tropéine.

Cette substance a, au dire de cet auteur, d'une part des propriétés anesthésiantes, comme en a la cocaïne, et, d'autre part, certaines qualités propres à l'atropine.

La tropacocaïne est très peu soluble dans l'eau ; elle forme des combinaisons salines cristallisables parmi lesquelles le chlorhydrate et le bromhydrate de tropacocaïne.

Le chlorhydrate est un sel blanc, cristallisé en cubes, rappelant beaucoup les cristaux d'iodure de potassium ; il est inodore, de saveur amère, très soluble dans l'eau, et se réduit facilement en poudre amorphe d'un blanc mat ayant l'aspect du sucre finement pulvérisé.

C'est aussi le chlorhydrate de tropacocaïne qui a servi aux expérimentateurs américains et allemands.

The British Medical Journal résume ainsi les différences entre l'action de la tropacocaïne et de la cocaïne sur les animaux :

1° La tropacocaïne est moitié moins toxique que la cocaïne ;

2° L'action dépressive de la tropacocaïne sur les ganglions moteurs cardiaques et les muscles du cœur, spécialement sur ce dernier, est bien plus forte qu'avec la cocaïne ;

3° L'action anesthésique locale de la tropacocaïne sur l'œil et sur la peau se manifeste bien plus rapidement qu'avec la cocaïne ; l'anesthésie est probablement plus longue ;

4° Parfois on observe une légère hyperémie qui disparaît peu après, tandis qu'avec la cocaïne on a de l'ischémie ;

5° La mydriase fait généralement défaut, lorsqu'elle s'observe, elle paraît moins forte qu'avec la cocaïne ;

6° Les solutions de tropacocaïne sont légèrement antiseptiques ; elles conservent leurs propriétés pendant au moins deux ou trois mois tandis que les solutions de cocaïne perdent

FEUILLETON

De l'assistance médicale gratuite et obligatoire. — Protection de la santé. — De l'art des accouchements. — Des sages-femmes et de leur responsabilité.

Deux projets de loi d'un grand intérêt pour le corps médical sont actuellement soumis aux délibérations du Parlement. L'un concerne l'assistance médicale gratuite ; déposé le 5 juin 1890, il a été examiné une première fois par la Chambre des députés le 11 juin dernier. L'autre comprend un certain nombre de dispositions destinées à protéger la santé publique ; le dépôt en a été effectué le 3 décembre 1891, mais il n'a pas encore eu les honneurs de la discussion.

Le *Concours médical*, a engagé les associations syndicales à soumettre ces deux projets de loi à un examen approfondi, et je réponds à son appel en communiquant les réflexions que leur lecture m'a suggérées. Il me semble d'autant plus opportun de le faire, que vraisemblablement les projets de loi en question seront examinés prochainement par les Chambres.

J'avais songé à vous signaler une grave lacune dans le projet de loi sur l'assistance médicale gratuite : mais, à la suite du rapport de M. le député Rey, la Chambre des députés a comblé cette lacune en rattachant l'art des accouchements à l'assistance médicale obligatoire, et l'on ne peut qu'applaudir à la réforme dont le député du Lot a été l'instigateur. L'accueil favorable fait au rapport de M. le docteur Rey permet d'espérer que le projet de loi, ainsi amendé traversera sans naufrage les écueils, que peut lui garder la procédure parlementaire. Ce serait douter du sens politique de nos législateurs que de supposer qu'en appel, c'est-à-dire en seconde lecture, puis au Sénat, la décision des premiers juges ne fût pas ratifiée.

Je m'abstiendrai donc, messieurs, de développer, comme c'était tout d'abord mon intention, les raisons humanitaires et économiques qui militent en faveur de l'assistance obstétricale gratuite et obligatoire ; elles ne manqueront pas d'éloquents interprètes au Luxembourg, aussi bien qu'au Palais-Bourbon.

Toutefois, pour protéger efficacement la fem-

souvent leur activité après deux ou trois jours.

MM. Pinet et Viau sont arrivés par leurs expériences aux conclusions suivantes :

1) Le chlorhydrate de tropacocaïne possède des propriétés anesthésiques locales indiscutables, analogues à celles de la cocaïne.

2) La dose nécessaire à la production de l'anesthésie locale varie selon l'étendue et la profondeur des tissus à anesthésier, ainsi quo selon la durée de l'opération.

3) Pour les opérations dentaires, la dose de 3 centigrammes dissous dans 1 gr. d'eau distillée suffit dans les cas ordinaires. Dans les cas d'extractions difficiles, on élèvera la dose à 4 centigr. ; celle-ci donne une anesthésie complète et efficace.

4) Pour les animaux de petite taille, tels que les cobayes, la dose de 4 à 6 centigr. doit être considérée comme mortelle. On peut poser comme règle générale que plus l'animal est grand et robuste, plus la dose nécessaire pour produire l'intoxication et la mort doit être élevée.

5) Le degré de concentration de la solution paraît avoir une importance réelle, ce qui tend à justifier les idées de M. Reclus. La dose administrée étant égale, l'action du médicament est d'autant plus rapide, d'autant plus violente que la solution est plus concentrée ; au contraire, cette action sera bien plus lente à se manifester et bien moins intense lorsque la substance anesthésique sera plus diluée ; cette action serait également d'une durée plus longue.

Peut-être ce nouveau médicament aura-t-il moins de vicissitudes que la cocaïne ; en tout cas, il est démontré que son action n'est pas toxique et néanmoins aussi précieuse pour les petites opérations douloureuses que la cocaïne.

Index bibliographique

Librairie Rueff et Cie, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Manuel de médecine, publié sous la direction de MM. G. M. Debove, professeur à la Faculté de médecine de Paris et Ch. Achard, ancien interne des hôpitaux de Paris.

1° Maladies de l'appareil respiratoire (paru).

2° Maladies de l'appareil circulatoire et du sang (paru).

3° et 4° Maladies du système nerveux (à paraître).

5° Maladies du tube digestif et du péritoine.

6° Maladies du foie et des reins.

7° et 8° Maladies générales (prix : 10 fr. le volume).

CLINIQUE

Hopital Broussais. — Dr H. Barth.

Leçon recueillie par le Dr P. Hervouet.

De la salpingite utérine.

Il est une maladie surtout étudiée par les chirurgiens, qui mérite d'être étudiée par les médecins, parce que ce sont ceux-ci qui la voient au début, et qu'ils peuvent l'empêcher de s'aggraver par une bonne hygiène et un traitement rationnel : c'est la *salpingite utérine*, connue depuis quelques années seulement.

Nous avons à la salle Axenfeld deux malades atteintes de salpingite. L'une, âgée de 29 ans, occupe le n° 20. On ne trouve rien à signaler dans ses antécédents, jusqu'à il y a environ deux ans, où elle eut une grossesse, terminée par un accouchement simple. Mais les suites de couches furent marquées par des pertes de sang répétées, de la fièvre, des douleurs dans le ventre. Et depuis, à chaque menstrue, ces troubles sont revenus et ont augmenté ; à la moindre fatigue, on voit reparaître des métrorrhagies, et les douleurs acquièrent une intensité telle que la malade est obligée de suspendre tout travail : elle est donc presque continuellement malade. — Il n'y a rien en dehors des troubles utérins, et tous les organes sont sains et normaux. Au toucher vaginal, on trouve l'utérus gros et sai-

---

me en couches, il ne suffit pas d'assigner à la sage-femme une place attitrée dans le budget communal ; il faut que, par son savoir, par son dévouement, l'accoucheuse soit à la hauteur de sa mission ; il faut surtout qu'elle conforme sa pratique aux enseignements de la science et c'est ce qui m'amène à signaler une omission extrêmement grave du projet de loi sur la santé publique.

Ce projet de loi, vous le savez, ne renferme aucune disposition qui engage la responsabilité des sages-femmes. C'est une lacune, dont l'importance n'échappe à aucun de vous, et je ne doute pas que vous ne soyez tous d'accord avec moi pour recommander les femmes en couches à la sollicitude des pouvoirs publics.

Examinons ensemble la situation faite aux accouchées par les méthodes nouvelles, dont la science s'est enrichie ; étudions les mesures législatives ou règlementaires, qui, en France et à l'étranger, en ont favorisé la vulgarisation ; puis jetons un rapide coup d'œil sur l'ensemble de la loi projetée pour la protection de la santé publique. Nous n'aurons pas de peine à nous convaincre de l'impuissance de cette loi à sauvegarder les intérêts des femmes en couches, et il ne nous restera qu'à rechercher, à l'aide de la statistique, les règlements qui méritent les préférences d'hommes politiques préoccupés du sort des classes laborieuses.

Personne n'ignore les progrès réalisés par l'emploi de l'antisepsie. Ses applications ont opéré une veritable révolution dans le traitement préventif et curatif des affections puerpérales. Peut-on néanmoins, affirmer qu'elle ait exercé sur l'hygiène des femmes en couches, l'influence bienfaisante qu'on était en droit d'en attendre ? Dans les maternités, dans les familles riches, les résultats obtenus sous l'œil du Médecin, ne peuvent être révoqués en doute ; mais, dans les familles indigentes ou peu aisées, soumises presque exclusivement à la direction de la sage-femme, l'antisepsie préventive est restée inconnue.

La plupart des vieilles sages-femmes n'admettent que l'enseignement recueilli à la maternité, et ce qu'elles nomment tradition mérite plus justement le nom de routine. Fermant obstinément les yeux aux avantages des nouvelles méthodes, elles ne semblent pas se douter que par leurs avant-bras, par leurs ongles, par leurs vêtements et même par les instruments dont

gnant facilement, avec des lèvres retournées, granuleuses. Du côté des ligaments larges, au lieu de la souplesse habituelle, on a la sensation, de chaque côté de l'utérus, de deux cordons formés par les trompes augmentées de volume ; cette augmentation est notable surtout à gauche, où la trompe est trois fois plus volumineuse que celle du côté opposé, et présente des inégalités et des bosselures facilement perceptibles.

Notre seconde malade, âgée de 22 ans, se trouve au n° 10, c'est à la suite d'une fausse couche que s'est développée son affection. Vigoureuse et toujours bien portante, elle avait eu cependant à différentes reprises des flueurs blanches ; mais sa santé était restée bonne, quand, il y a six mois, elle devint enceinte, et, sans raison connue, fit une fausse couche, au bout de deux mois ; à la suite de cela, elle ne s'est pas rétablie complètement. A son entrée à l'hôpital, on ne constate que peu de choses ; mais, la malade indocile se levant sans cesse malgré nos recommandations, accuse bientôt une douleur très vive dans la fosse iliaque droite. Au toucher, on constate une tuméfaction du côté de la trompe, qui est augmentée de volume ; rien du côté gauche. Le traitement a consisté en : repos complet au lit, vésicatoire à droite, ergotinine à l'intérieur. C'était il y a trois semaines ; au bout de quelques jours, il y avait de l'amélioration ; mais alors, sans cause déterminante apparente, la trompe gauche s'est prise à son tour, et le toucher vaginal nous l'a montrée, comme la droite, augmentée de volume, bosselée, rénitente.

Il y a quelques mois, nous avions à l'hôpital un cas semblable, mais à une période beaucoup plus avancée. Cette malade, âgée de 30 ans, vigoureuse, présentait des signes manifestes d'hystérie ; elle était, il y a 8 ans, infirmière à la Pitié, en parfaite santé. Elle n'a jamais été enceinte ; mais, il y a 4 à 5 ans, elle fut atteinte, à la suite d'excès vénériens, d'une vaginite supposée blennorrhagique, avec assez de rai-son. Après quelques reprises de vaginite, survinrent des douleurs dans le bas-ventre, plus accentuées au moment des règles qui étaient très abondantes ; néanmoins elle n'interrompit pas son travail. Puis les douleurs devinrent violentes, avec parfois du ballonnement du ventre pendant plusieurs années, il y eut des alternatives de mieux et de plus mal. Enfin elle se décide à entrer à l'hôpital. On constate des signes de métrite chronique, et des altérations des annexes. Dans le cul-de-sac latéral gauche, existait une tumeur de forme irrégulière, rénitente, variant de volume d'une façon considérable ; le côté droit était moins malade, mais offrait également une trompe augmentée de volume immobile, adhérente ; il s'agissait donc d'une salpingite blennorrhagique simulant une hématocèle. — Après un traitement médical qui ne donna que des résultats imparfaits, on chercha à décider la malade à accepter une intervention chirurgicale ayant pour but l'ablation des annexes de l'utérus, mais elle ne voulut pas se résoudre, et quitta l'hôpital. — Quelque temps après, elle était contrainte de revenir, une péritonite s'étant déclarée ; les accidents diminuèrent bientôt d'intensité, et se calmèrent au bout de quelques jours. Mais, dès qu'elle voulait se lever, les douleurs revenaient de plus belle. Elle se décida enfin à se laisser opérer. L'ablation des trompes fut pratiquée à la Salpêtrière par M. Terrillon ; mais les désordres étaient très étendus, il y eut des difficultés opératoires excessives : bref, la malade succomba le cinquième jour de l'opération. Il est probable que si elle avait été opérée plus tôt, le résultat eût été tout autre.

Comme on le voit par ces exemples, la salpingite utérine est une affection sérieuse, capable de devenir très grave, surtout chez les malades de la classe pauvre, qui ne peuvent pas rester longtemps au repos complet, et qui, à la moin

---

elles disposent, elles peuvent devenir de redoutables agents de propagation de l'infection puerpérale ; en outre, elles ignorent encore plus les mesures propres à préserver leurs clientes de toute maladie infectieuse.

Moins ignorantes que leurs aînées, les jeunes sages-femmes ne tardent pas à suivre les errements de celles-ci ; aucune prescription législative ne les astreint, en effet, à mettre en œuvre les leçons qu'elles ont reçues, et, d'autre part, les pratiques antiseptiques entraînent une perte de temps peu en rapport avec la modicité de leurs honoraires.

Tandis que nous sommes réduits à déplorer les obstacles que l'application de l'antisepsie a jusqu'à présent rencontrés parmi nous, il y a plusieurs années qu'à l'étranger elle est pratiquée, même dans les accouchements normaux, et qu'elle obtient dans toutes les classes de la société des résultats que nous pouvons envier.

Il est intéressant d'étudier les prescriptions qui ont favorisé l'usage des antiseptiques chez les nations voisines, et de les comparer aux dispositions qui sont en vigueur en France. Des documents qui ont passé sous mes yeux, il résulte que les mesures relatives à l'application des méthodes nouvelles se rattachent à trois systèmes principaux.

En France, l'antisepsie est demeurée facultative. Le ministre de l'intérieur a, sur l'avis de l'Académie de médecine, réformé l'ordonnance qui réglemente la vente des substances vénéneuses et autorise les pharmaciens à vendre des substances antiseptiques sur la prescription des sages-femmes diplômées ; cette mesure est la seule que l'administration française ait jugé à propos de prendre.

Un autre système prévaut en Belgique. L'antisepsie est aussi facultative, mais elle est encouragée par la propagande que les commissions médicales de chaque province font en sa faveur. On a également institué des conférences pour les accoucheuses. Dans la Flandre occidentale, ces conférences sont bisannuelles, et les sages-femmes reçoivent un jeton de présence ; de plus, des primes en argent sont accordées à la fin de l'année à celles qui se sont distinguées dans l'exercice de leur art. Le but des conférences est de maintenir les connaissances théoriques et pratiques à la hauteur des progrès de la science.

Enfin, dans un troisième système, l'antisepsie

dre amélioration, reprennent leurs habitudes de fatigue.

Causes. — Chez toute malade atteinte de métrite, de quelque nature qu'elle soit, puerpérale ou blennorrhagique, l'inflammation utérine peut se propager aux trompes. — En dehors de cette cause, la plus fréquente, l'organe peut être primitivement affecté à la suite de maladies générales, (variole, tuberculose) ; mais nous laisserons de côté ces variétés, pour nous occuper seulement de la salpingite, d'origine utérine. — Il y a de grandes analogies dans cette propagation de l'infection utérine, avec la blennorrhagie ascendante chez l'homme, vers la vessie, les uretères, les reins, avec cette différence que chez la femme la migration est infiniment plus facile. Quand on songe en effet, qu'aux époques menstruelles tous ces organes, utérus, trompes, ovaires, sont congestionnés ensemble, quand on songe aux congestions physiologiques des rapports sexuels, on n'est pas surpris de la fréquence des affections de ces organes.

Physiologie pathologique. — Une femme saine conçoit ; elle accouche ou fait une fausse-couche : s'il n'existe aucune cause d'infection, tout se passe bien et la santé reste bonne. — Mais si cette cause existe, si des microbes pathogènes sont mis en contact avec une muqueuse utérine traumatisée, alors surtout que l'organisme déprimé oppose moins de résistance à l'aggression : tantôt il se fait une infection à grands fracas, c'est la fièvre puerpérale ; tantôt c'est inaperçue que se produit un peu de métrite, qui reste latente. Et, quand surviennent les retours de couches, sous l'influence de la congestion, une nouvelle poussée inflammatoire se déclare ; et comme la muqueuse des trompes offre un terrain de culture très favorable, à cause de ses flexuosités, il se développe assez facilement une salpingite. — La malade peut ne pas dépasser le premier degré, (salpingite catarrhale), et la salpingite peut guérir par le mécanisme de la phagocytose. — Mais la maladie peut suivre son cours, l'inflammation de catarrhale devient purulente, ce n'est plus seulement la muqueuse qui est atteinte, mais bientôt, soit propagation de voisinage, soit bien plutôt par les voies lymphatiques, toutes les tuniques et surtout la séreuse participent à l'inflammation : d'où des poussées de péritonite localisée, avec exsudats venant contribuer à l'augmentation de volume et à la déformation des trompes, favorisant des adhérences ; d'où aussi les inflammations des organes voisins, comme l'ovaire.

Les *symptômes* sont assez insidieux. C'est souvent après une couche ou une fausse-couche qu'a lieu le début ; il passe presque inaperçu ; il y a seulement quelques douleurs, un peu de fièvre, un point sensible ; puis les phénomènes se calment.

Au bout de quelque temps, les malades s'étant négligées, une perte survient. A l'époque suivante, nouvelles pertes et douleurs ; à ce moment, les malades se soignent un peu, gardent le repos, on fait de la révulsion, et on obtient généralement une amélioration. Mais quelques mois, un an après, à l'occasion d'une fatigue, d'excès vénériens, d'une nouvelle couche, les accidents se montrent de nouveau ; et les douleurs deviennent de plus en plus vives, tout travail est impossible, il y a des poussées de fièvre et des phénomènes de péritonite localisée ; les malades s'amaigrissent, la figure pâle, grippée est caractéristique, c'est le *faciès utérin.* — L'examen permet de constater de la métrite, et plus loin les lésions des annexes.

Les malades arrivées à cette période sont maintenant du domaine de la chirurgie : on les opère, et on les guérit souvent. Autrefois on se bornait à un traitement médical, soit local, soit général, dont les résultats étaient médiocres.

Le *diagnostic* est facile quand on tient compte de la marche des accidents, et des résultats du toucher. Autrefois tous ces accidents étaient mis sur le compte de la métrite, du phlegmon du

---

est obligatoire ; c'est ce qui a lieu en Angleterre, en Prusse, en Saxe et en Alsace-Lorraine.

En Angleterre, les sages-femmes sont considérées comme responsables des accidents qui surviennent chez les personnes auxquelles elles donnent leurs soins, et il n'est pas rare de voir exercer contre elles des poursuites.

Dans le royaume de Saxe, elles sont soumises à des règlements sévères et placées sous la dépendance et le contrôle d'un médecin régional. Une ordonnance publiée à Dresde le 25 mars 1885 indique les peines qu'elles encourent, si elles ne suivent pas les instructions qui leur sont données. En tête de ces instructions, il est dit que les sages-femmes qui ne s'y soumettront pas seront passibles d'une amende qui pourra s'élever à 150 marcs, et s'exposeront à un emprisonnement qui pourra être de six semaines.

En Prusse, une instruction minutieuse a été publiée au mois de novembre 1881 ; elle est conçue dans le même esprit que celle de la Saxe. Quant au Reichsland, les sages-femmes y sont soumises à des dispositions réglementaires analogues, que datent du 25 mars 1889.

Je n'hésite pas, messieurs, à donner la préférence à ce dernier système, car il met l'autorité de la loi au service des récentes données de la science, pour le plus grand bien de la famille et de la société.

Comment douter de l'efficacité de l'antisepsie obligatoire, quand on interroge les statistiques de MM. Tarnier et Budin pour la maternité de Paris et l'hôpital de la Charité, celles de MM. Saint-Moulin et Charles pour les maternités de Bruxelles et de Liège ? A l'hôpital de la Charité, la morbidité puerpérale a été réduite à 4,6 0/0 pendant l'année 1889-1890, et la mortalité puerpérale, dans le service de Saint-Moulin, à la maternité de Bruxelles, est descendue à 0,96 % sur un total de 3,442 accouchements. Ces chiffres ont leur éloquence et prouvent surabondamment, sans avoir recours aux statistiques d'outre-Rhin, qu'appliqués avec régularité et avec méthode, les antiseptiques ont une valeur qu'on s'efforcerait en vain de nier. L'origine du système de l'antisepsie obligatoire ne saurait, d'ailleurs, nous dissuader de nous y rallier, car ce serait un patriotisme peu éclairé que celui qui, en matière d'hygiène, refuserait de s'incliner devant des considérations tirées de l'utilité générale.

ligament large, de l'hématocèle péri-utérine. Il y a toujours de la métrite ; mais, en plaçant la malade dans une bonne position, c'est-à-dire la tête basse, le bassin élevé, les jambes fléchies sur les cuisses, la bouche ouverte, la respiration se faisant sans effort, en combinant le toucher vaginal avec la palpation hypogastrique, en procédant avec doueeur et sans brusquerie, on peut facilement sentir les annexes entre les deux mains et se rendre eompte de leurs lésions. — On ne confondera pas avee l'hématocèle, dont la marche est différente, qui se produit en même temps que les signes d'une hémorrhagie abondante, occupe surtout le eul-de-sae de Douglas, donne lieu d'emblée à des symptômes de compression du reetum, etc. — Les corps fibreux de l'utérus ont un développement absolument différent ; et les fibrômes sous-péritonéaux, les seuls qui pourraient faire hésiter le diagnostic, n'offrent pas les hémorrhagies et les douleurs de la salpingite ; ils donnent lieu surtout à des phénomènes de compression des organes voisins. — Les déplacements de l'utérus peuvent coexister avec la salpingite ; mais il faut toujours rechercher quel est l'état des annexes. — Le diagnostic aux périodes avancées est peu difficile ; c'est aux périodes initiales qu'il est important de le poser, afin de donner un traitement qui puisse s'opposer aux progrès de l'affection.

Le *pronostic* doit toujours être réservé, en raison de l'aggravation ultérieure possible de la maladie, et aussi à cause de la stérilité qui peut succéder à une inflammation catarrhale des trompes, la résorption de l'exsudat ayant parfois pour résultat d'oblitérer le eanal salpyngien.

Traitement. — Il y a d'abord des conseils à donner : il faut insister sur l'importance qu'il y a pour les jeunes gens à se débarrasser d'une vieille goutte militaire, parfaitement capable d'infecter la femme, plus tard. — Il est d'une importance aussi grande d'éviter les fausses couches ehez les très jeunes femmes ; elles sont faciles dans la première année du mariage, à cause des excès sexuels, et de l'absence de précautions.

Mais la salpingite est commençante. D'abord il faut ordonner le repos absolu, sexuel ou autre, éviter à tout prix les congestions utérines, faciliter au contraire la décongestion des organes du petit bassin, par des injections très chaudes, et par des lavements très chauds qui s'opposent à la eonstipation ; — pratiquer, de la révulsion légère et réitérée, ne pas craindre les ventouses scarifiées au début, puis les vésicatoires ; — donner, dans l'intervalle des règles, de l'ergotinine de Tanret, à la dose de un quart à trois quarts de milligramme, en deux fois, avant les repas, en allant progressivement ; — avec cela des eaux salines, et des toniques généraux.

Dans les formes plus avaneées, alors qu'il y a de la salpingite suppurée, des adhérences douloureuses, de la dysménorrhée habituelle, de la cachexie utérine, la médecine ne peut pas grand'chose ; il ne faut pas trop attendre pour aller au chirurgien.

Plus tard encore, l'intervention sera dangereuse.

VOIES URINAIRES

De l'uréthrite aiguë simple.

L'urétrite aiguë, non blennorrhagique (corps étrangers, traumatismes, cathétérisme, *ab ingesta*, etc.), guérit ordinairement d'elle-même dès qu'on en a fait disparaître la cause ; si néanmoins l'écoulement ou la douleur persistait, on ferait des lavages du canal avec une solution d'acide borique à 4/100, ou de sublimé à 1/100, ou de résorcine à 2/100 ; à l'intérieur on administre 4 grammes de salol. Lorsqu'il existe une uréthrite chronique, un traumatisme la ramène

---

Pour justifier l'indifférence apparente des pouvoirs publics, on a prétendu que celle-ci trouvait son exeuse dans l'insuffisance de notre législation, et on a dit que, s'inspirant des progrès accomplis et des nécessités du temps où nous vivons, la loi sur la protection de la santé donnerait satisfaction aux intérêts en souffrance. Un examen attentif du projet de loi dont il s'agit démontre que ses dispositions ne protègent nullement les femmes en couches.

L'article 7 de la loi sur la protection de la santé publique vise, il est vrai, les sages-femmes, mais il se borne à exiger d'elles une déclaration à l'autorité, lorsqu'elles se trouvent en présence de maladies épidémiques, comme il l'exige des Médecins et des autres personnes qui ont pu constater des faits de cette nature.

Plus loin, l'article 9 oblige le maire à prendre un arrêté portant règlement sanitaire. Ce règlement « comprendrait les mesures propres à pro- « téger la santé publique, notamment en ce qui « concerne la prophylaxie des maladies endé- « miques et des maladies épidémiques, la salu- « brité des habitations et des agglomérations ».

Du moment où la rédaction d'un pareil règlement est abandonnée aux maires, il est inadmissible que le législateur ait entendu eharger ceux-ci d'arrêter les mesures d'hygiène applicables aux nouvelles accouchées. En dehors de rares exceptions, rien n'est, en effet, plus contestable que la eompétence des officiers municipaux en sembable matière ; j'ajoute que la simple réflexion démontre que des mesures qui doivent reposer sur des bases uniformes pour toute la France ne peuvent en aucune façon être soumises aux caprices et aux fluctuations de l'autorité eommunale.

Si, d'autre part, on tient compte du soin minutieux avec lequel dans les articles 1-5, le nouveau projet de loi énumère les dangers que la salubrité publique encourt par le fait de l'habitation, du puits, du puisard, de l'égout, de la fosse à purin, des réservoirs naturels ou artificiels, on est amené à reconnaître que l'omission du point de départ des affections puerpérales a été volontaire, et que l'auteur de ce projet de loi n'a pas eu l'intention de prendre la défense des nouvelles aeeouchées.

Permettez-moi, en terminant, de citer une observation récemment recueillie dans mon voisinage : elle est trop instructive pour que je ne la

Questionnaire à remplir, à affranchir et à nous adresser.

TROISIÈME & DERNIER ENVOI DU QUESTIONNAIRE

Nos deux appels à nos Lecteurs nous ont procuré douze cent soixante-quinze réponses. Il nous est impossible de trouver la raison pour laquelle près de deux mille membres de notre Société du Concours médical, ne nous ont pas encore donné les renseignements que nous sollicitons.

Chaque jour, il est vrai, on nous écrit : *n'accusez pas ma bonne volonté ; prenez-vous-en à ma négligence et excusez-moi de mon retard,* etc...

Nous avons décidé d'encarter un troisième questionnaire, avant d'employer la voie plus coûteuse des lettres particulières aux retardataires.

Nous ajoutons, à l'intention des membres du Concours qui se seraient abstenus et voudraient s'abstenir, de parti-pris, un alinéa spécial :

Pourquoi ne voulez-vous pas répondre ?

Ils nous diront alors les motifs de leur abstention volontaire et nous serons éclairés sur des motifs que nous ne pouvons imaginer.

Le Questionnaire-Mortalité, nous fournira des données positives sur la mortalité des médecins.

Le Questionnaire-Morbidité, nous dira combien, en général, durent leurs maladies.

Grâce à ces renseignements nous pourrons établir sur des bases sûres l'œuvre d'indemnité de maladie et vérifier les calculs sur lesquels le Dr Lande a établi les Statuts de la Caisse des pensions de retraite des médecins Français.

Est-il possible qu'on ne veuille pas répondre à des questions si simples, posées dans un but d'intérêt si nettement professionnel ?

18 mars 1893.

Ne doit être rempli que par les Médecins qui n'ont pas encore répondu.

QUESTIONNAIRE

(Remplir les [...]
formeront [...]

MORTALITÉ

Nom, prénoms ____________________

Age ____________________

Résidence __________ *département* __________

arrondissement __________ *canton* __________

Membre du Concours depuis l'année __________

Depuis combien d'années exercez-vous la médecine? __________

Connaissez-vous la Caisse des pensions de retraites du Concours médical ?

____

Désirez-vous les statuts de cette caisse ? __________

Si vous ne voulez pas, de propos délibéré, répondre à ces [...]

Ne doit être rempli que par les Médecins qui n'ont pas encore répondu.

QUESTIONNAIRE

ionnaires qui
rs séparés

MORBIDITÉ

Nom, prénoms, ______

Age ______

Résidence ______ *département* ______

Membre du Concours depuis l'année ______

Depuis combien d'années exercez-vous la médecine? ______

Combien de fois avez-vous été malade ? ______

De maladie aiguë ______

Combien de jours, chaque fois, avez-vous été incapable d'exercer votre profession ? ______

De maladie chronique ______

Combien de jours, chaque fois, avez-vous été incapable d'exercer votre profession ? ______

D'accident ______

Combien de jours, chaque fois, avez-vous été incapable d'exercer votre profession ? ______

En principe, et sans aucun engagement de votre part, seriez-vous disposé à faire partie d'une œuvre d'indemnité de maladie ? ______

______

ionnaires, prière de nous dire les motifs de votre abstention.

Le CONCOURS MÉDICAL

23, Rue de Dunkerque,

PARIS

Réponse au questionnaire mortalité et morbidité.
Le lecteur n'aura qu'à remplir et affranchir à 0.15 centimes.

souvent à l'état aigu ; il convient alors de lui appliquer le traitement de la blennorrhagie.

Uréthrite blennorrhagique.

Le traitement de la blennorrhagie diffère essentiellement suivant les périodes.

1° *Période de début.* (Suintement à peine coloré, léger picotement du méat, douleur à peine sensible ou nulle pendant la miction.) — L'efficacité du traitement abortif semble démontrée aujourd'hui pour les cas indiqués plus loin. Au nitrate d'argent, longtemps employé dans ce but à l'exclusion de tout autre agent, nous préférons le sublimé ou le permanganate de potasse, en suivant le manuel opératoire que voici :

Traitement abortif. — Le malade ayant uriné, le prépuce et le gland étant lavés, on pratique à l'aide d'une seringue non métallique d'une contenance de 100 à 150 grammes, à embout conique non offensif, un lavage de l'urèthre antérieur, en ayant soin de ne faire pénétrer le liquide que dans la partie la plus antérieure de l'urèthre, par conséquent en réservant entre les parois du canal et l'embout un espace suffisant pour que le reflux du liquide soit des plus faciles. On injectera ainsi, dans l'urèthre maintenu rectiligne au moyen d'une légère traction et avec beaucoup de douceur, environ 500 à 600 grammes de liquide en modifiant le titre de la solution de la manière suivante.

Au début la solution de sublimé sera à 1/20,000, chaude (40° à 50° environ) ; quand on chargera la seringue pour la seconde fois, on portera le titre à 1/18,000 ou 1/15,000, en l'augmentant ainsi peu à peu jusqu'à ce que le malade accuse une sensation nette, mais non pas vive de brûlure ou de picotement, sans toutefois jamais dépasser le titre de 1/8,000.

La réaction est en général vive, un écoulement séreux abondant se produit ; la cuisson cependant est peu intense, mais les trois premières mictions sont très douloureuses ; l'écoulement, parfois un peu teinté de sang, se prolonge vingt à vingt-quatre heures en diminuant progressivement. A ce moment, on renouvelle un lavage avec 200 à 300 grammes d'une solution faible de sublimé à 1/15,000 au 1/10,000 au plus qu'on répète toutes les vingt-quatre heures pendant quatre ou cinq jours. L'écoulement, qui augmente pendant trois ou quatre heures après chaque lavage, devient de plus en plus séreux, puis tout à fait limpide ; à ce moment, on pratique le dernier lavage.

On procède à peu près de la même manière avec le permanganate de potasse, en commençant par une solution à 1/5,000 qu'on porte à 1/2,000. Le nitrate d'argent s'emploie sous forme d'injection peu copieuse (Diday), avec une solution dont le titre varie de 1/100 à 1/30 ; on la renouvelle plusieurs jours de suite.

A l'intérieur, les balsamiques sont au moins inutiles ; il n'en est pas de même du salol à la dose de 4 à 6 grammes par jour. Une hygiène des plus sévères est de rigueur.

Ce traitement a d'autant plus de chances de réussir qu'il est institué à une période plus voisine du début ; d'une manière générale, on peut l'appliquer pendant les vingt-quatre heures qui suivent l'apparition du plus léger suintement. Si, toutefois, l'écoulement devenait de suite très abondant, très épais, il serait inutile de l'essayer ; par contre, un écoulement léger peut encore être arrêté au quatrième ou au cinquième jour. En un mot, les contre-indications sont tirées de l'abondance de l'écoulement et de l'intensité des phénomènes inflammatoires plutôt que de la durée de la maladie. En cas d'échec, la blennorrhagie reprend son cours régulier.

2° *Période d'état.* — (Ecoulement plus ou moins abondant, épais, verdâtre, urèthre dur et sensible ; mictions ordinairement douloureuses). Les prescriptions hygiéniques jouent ici un très grand rôle : interdiction absolue de toute boisson alcoolique, à l'exception du vin rouge coupé de deux tiers d'eau, du thé, du café, des aliments épicés, des salaisons, du gibier faisandé, des

---

recommande pas à votre bienveillante attention.

La sage-femme X. se rend dans une localité voisine de son domicile pour accoucher une jeune femme. Deux jours après, elle retourne auprès de sa cliente, qui présentait les signes d'une infection puerpérale à son début. Avant de rentrer chez elle, elle accouche une deuxième femme dans son village, et, quatre jours plus tard, elle est appelée à pratiquer un troisième accouchement dans une commune distante de 8 kilomètres du domicile de la première accouchée et de 4 kilomètres du domicile de la seconde.

Atteintes de fièvre puerpérale, les trois accouchées ont succombé, malgré l'intervention du Médecin, qui n'a été le même pour aucune d'elles; les deux premières sont mortes quatre jours après l'invasion du mal, le décès de la troisième n'a eu lieu que huit jours plus tard. Les femmes du voisinage qui étaient sur le point d'accoucher se sont émues du fait que je vous signale ; à défaut de l'intervention administrative sur laquelle elles ne pouvaient compter, elles ont pris le parti de se protéger elles-mêmes ; la sage-femme a été mise en quarantaine, et il n'y a pas eu d'accident nouveau à déplorer dans la contrée.

S'il eût existé chez nous des règlements analogues à ceux de l'Allemagne, et que la sage-femme s'y fût conformée, une ou deux des femmes contaminées eussent probablement été épargnées. Les instructions de la Saxe défendent expressément, en effet, aux sages-femmes qui ont constaté une fièvre puerpérale d'assister avant au moins huit jours à un nouvel accouchement, et les règlements de la Prusse et de l'Alsace-Lorraine leur recommandent de ne pas fréquenter les personnes atteintes de maladies contagieuses, telles que la fièvre puerpérale, la diphtérie, la scarlatine, la rougeole, la fièvre typhoïde, etc.

Je tenais, messieurs, à vous rapporter ce fait, non seulement parce qu'il témoigne de l'insuffisance de notre législation et de la gravité de de la lacune que je vous ai signalée dans le projet de loi sur la protection de la santé, mais encore parce qu'il prouve que les cas de mort par suite de fièvre puerpérale sont loin d'être inconnus au sein de nos populations rurales.

En faisant appel aux souvenirs d'une pratique

truffes et des asperges ; on évitera les fatigues, les veilles, les marches prolongées et toute circonstance de nature à provoquer des érections. Les alcalins doivent être employés au moins pendant les premiers jours, à la dose d'une bouteille d'eau de Vichy ou de 4 grammes de bicarbonate de soude ; les antiseptiques à l'intérieur nous ont paru efficaces : le salol ou le salicylate de soude, à la dose de 4 grammes par jour est mieux supporté et plus actif que le biborate de soude. Nous repoussons l'emploi de tout balsamique à cette période.

Si l'inflammation est très violente, la muqueuse très rouge, les douleurs intenses, on ajoutera à ce traitement l'usage des bains généraux quotidiens, des purgatifs légers répétés tous les deux jours, des lavements émollients laudanisés ou chloralés et des suppositoires calmants. (Voir *Prostatite*). Dans les cas suraigus même, l'application de sangsues au périnée est parfois nécessaire. L'interdiction d'une médication topique de l'urèthre est alors formelle.

Au contraire, lorsque l'acuité de la maladie est moyenne, c'est-à-dire dans la grande majorité des cas, des lavages antiseptiques de l'urèthre abrègent la durée de la maladie. Au début, les lavages, pratiqués comme nous l'avons dit en parlant du traitement abortif, sont préférables aux simples injections : une solution de permanganate de potasse à 1/4000, portée les jours suivants à 1/2000, donne les meilleurs résultats ; puis vient le sublimé à 1/1000 ; en troisième ligne, nous placerons le nitrate d'argent à 1/5000, qui provoque souvent de violentes réactions et dont on est souvent obligé de cesser l'emploi. Si, d'ailleurs, ces lavages n'amenaient pas une amélioration assez rapide, et surtout s'ils provoquaient une réaction prolongée, on les suspendrait ; on pourrait toutefois leur substituer une injection d'iodoforme tenu en suspension dans de l'huile stérilisée (1/10) ou d'une solution de 10 grammes de salol dans 100 grammes de rétinol, liquide toujours bien supporté par la muqueuse enflammée, ou d'une solution de résorcine à 3 p. 100.

Les irrigations faites à l'aide d'une petite sonde introduite dans l'urèthre donnent de bons résultats ; mais comme elles peuvent être l'occasion d'accidents, elles ne doivent être pratiquées que par le médecin ou par un malade intelligent et habitué au cathétérisme.

3° *Période de déclin*. — (Ecoulement moins abondant, plus limpide, douleurs presque nulles pendant la miction et à la pression extérieure.) On supprimera les alcalins, les tisanes, les bains et on emploiera les balsamiques. Le copahu tient ici le premier rang : dose, 8 à 10 grammes par jour ; après lui le santal (même dose) et le cubèbe (18 à 20 grammes) sont également de bons médicaments. On les administre contenus dans des capsules qu'on trouve fabriquées dans le commerce ; leurs dimensions varient du simple au triple, condition qu'on ne devra pas oublier en formulant une prescription : ou bien sous la forme d'opiat ; la formule suivante nous a donné de bons résultats :

Copahu........ }
Essence de santal. } ââ 50 gr.
Cubèbe pulvérisé. }
Extrait thébaïque... 10 à 25 centigr.

En bols de 25 centigrammes ; on en prendra 30 à 40 par jour, en trois fois.

Il est utile de commencer par des doses élevées qu'on abaisse, dès que l'écoulement diminue.

A cette période les injections conviennent mieux que les lavages ; il est bon également de remplacer le permanganate et le sublimé par un autre antiseptique, tel que la résorcine (4/100) ou le nitrate d'argent, les sulfates de cuivre ou de zinc (solutions à 1/200) ; d'ailleurs, lorsque l'écoulement reste stationnaire, il est utile de substituer ces diverses solutions les unes aux autres. On continuera la médication après la disparition de l'écoulement apparent, jusqu'à ce

---

de plus de quarante ans, je pourrais citer d'autres exemples non moins concluants que celui-là, et ceux d'entre nous qui comptent quelques années d'exercice de la profession médicale en fourniraient aisément de semblables. Si l'on réunissait nos observations, force serait de reconnaître que, chaque année, les affections puerpérales font des victimes dans le département de la Haute-Saône. Etendues à toute la France, ces recherches statistiques révéleraient que la plupart des départements, sinon la totalité, comptent un plus ou moins grand nombre de cas qui vont grossir les tables de la mortalité générale, auxquelles ils fournissent un contingent assez important pour être pris en considération par ceux à qui incombe le devoir de se préoccuper de la dépopulation du pays.

Les développements dans lesquels je suis entré n'ont eu d'autre but que de vous faire toucher du doigt les obstacles que l'application des méthodes antiseptiques rencontre dans les classes de la société confiées d'une manière à peu près exclusive aux soins des sages-femmes, et de vous démontrer la lourde faute que le projet de loi sur la protection de la santé commet en ne tenant pas compte des avantages de l'antisepsie rigoureusement imposée.

Constater le mal, mesurer son étendue, connaître les remèdes et rester spectateur impassible d'une incurie meurtrière, sans élever la voix, c'est accepter une complicité à laquelle le cri de notre conscience ne nous permet pas de rester rivés plus longtemps.

Je conclus :

En comprenant l'art des accouchements dans le programme de l'assistance médicale gratuite et obligatoire, et en imposant aux communes les soins que réclament les nouvelles accouchées indigentes, les représentants de la nation se proposent évidemment d'améliorer la condition de ces dernières ; mais le but qu'ils poursuivent ne sera atteint qu'autant qu'ils auront tenu compte des préventions des sages-femmes et qu'ils auront contraint celles-ci à se conformer aux prescriptions de la science contemporaine. L'œuvre entreprise restera imparfaite jusqu'au jour où, envisageant la question sous son horizon le plus étendu, on étendra indistinctement à toutes les femmes en couches les bienfaits de la loi. A partir de ce moment, la protection des

que l'urine ne contienne plus de filaments en suspension. E. DESNOS (1).

HYGIÈNE

I. *Le lait concentré et ses altérations*

Au moment où le corps médical et le public semblent se préoccuper, à juste titre du reste, de la valeur nutritive du lait de vache, qu'il soit cru, bouilli, stérilisé ou conservé, il me paraît intéressant de mettre en lumière les travaux du Dr Cassedebat sur le lait concentré.

Voyant la faveur générale dont jouissent les conserves de lait et les services éminents qu'elles peuvent rendre, soit pour l'élevage, soit pour les approvisionnements et les réserves de l'armée, notre confrère a étudié avec soin les altérations qui peuvent survenir dans les boîtes de lait conservé. Ce travail, fait au laboratoire de bactériologie de l'école de médecine de Marseille, a successivement porté sur l'examen des boîtes et de leur contenu, tant au point de vue physique qu'au point de vue microbiologique.

D'abord l'expérimentateur, sans vouloir jeter le moindre discrédit sur un produit aussi précieux, constate avec regret que, quel que fût l'aspect du lait, il n'a jamais rencontré ce corps bien connu, de consistance crémeuse, à couleur légèrement safran, à odeur suave qui décèle rapidement la présence du lait frais sucré. Au contraire, la plus grande partie du récipient était remplie par une pâte compacte ressemblant au fromage mou ; la nuance était variable et le délayage s'opérait difficilement ; de plus, certaines boîtes offraient des bosselures vers l'intérieur, tandis que d'autres, au coup de poinçon, laissaient s'échapper un peu de liquide et quelques gaz.

Le rôle joué par les microbes dans l'altération des conserves de viande fit de suite penser au Dr Cassedebat que ces altérations physiques dépendaient de l'intervention microbienne, mais il put facilement, et par l'extraction des substances toxiques, et par l'examen microscopique du lait altéré, affirmer que l'altération n'était pas le résultat du microbe ; toutes les boîtes étaient indemnes de bactéries mortes ou vivantes ; donc elles étaient libres de ptomaïnes et de toxalbumines.

Portant ailleurs ses investigations, notre confrère put alors attribuer ces altérations à divers phénomènes physiques ou chimiques tels que l'évaporation par une fissure de la paroi, de l'eau contenue dans le lait, le durcissement de la matière et la formation de grumeaux albuminoïdes. Quant aux gaz et aux boursouflures de la boîte, on peut invoquer la pénétration des mucédinées par des ouvertures ou fissures accidentelles.

La conclusion s'impose, alors : le lait concentré *altéré* devient un produit inoffensif. Sa saveur, plus ou moins désagréable, dépend de son altération, sans devenir une cause nocive. Mais par le fait des modifications qu'il subit physiquement et chimiquement, il est loin de conserver toute sa valeur nutritive, puisque le 1/10e environ de chaque boîte échappe au délaiement et que la matière insoluble est formée d'albumine et de caséine (substances azotées par excellence).

Peut-être, arriverait-on à supprimer tout ou partie de ces altérations, si au lieu d'une boîte métallique soudée à l'étain on usait d'un bocal en verre stérilisé, obturé avec un bouchon également stérilisé et obturé à l'extérieur, et à l'intérieur d'un enduit imperméable à l'air et à l'humidité. De cette façon, le produit serait plus facilement surveillé et, par suite, moins exposé à s'altérer.

Espérons que ces travaux donneront à qui de droit l'idée de mieux faire et de tenter de nouveaux essais dans les procédés de conservation d'un aliment aussi précieux et aussi utile que le lait.

(1) *Guide de thérapeutique générale et spéciale*, O. Doin, éditeur, 1893.

---

nouvelles accouchées aura sa place marquée dans les institutions reconnues par l'État ; les règlements qui la régiront s'appliqueront aux femmes de la classe indigente comme aux autres, et leur assureront enfin les avantages qu'elles ne peuvent retirer de l'assistance médicale gratuite et obligatoire aussi longtemps que celle-ci restera entièrement à la discrétion des matrones diplômées.

Inséparables des droits des nouveau-nés, les intérêts des nouvelles accouchées pourraient-ils être méconnus, à une époque où les enfants en sevrage sont protégés par la loi Roussel (qui, pour le dire en passant, a le tort de ne pas être encore appliquée dans le département de la Haute-Saône), et où, sans parler de la réglementation du travail des femmes et des enfants dans les ateliers, le gouvernement propose de rendre obligatoires les vaccinations et les revaccinations ?

Ce n'est pas lorsque les découvertes de la science ont réduit la morbidité puerpérale à des proportions infimes, et que, d'autre part, la diminution progressive de la population en France oblige à combattre les causes de la mortalité générale, que ces droits méritent d'être l'objet d'un inqualifiable oubli.

Le défaut d'une réglementation susceptible de protéger efficacement les nouvelles accouchées, comme elles le sont en Allemagne, a fait perdre à la France le rang qu'elle occupait, en hygiène obstétricale, parmi les nations civilisées, et c'est une humiliation pour nous d'entendre répéter de toutes parts qu'on doit demander des préceptes hygiéniques à Berlin.

Les syndicats médicaux doivent unir leurs efforts pour qu'un tel reproche n'ait pas plus longtemps les apparences d'une vérité. En ce faisant, ils rendront service aux classes laborieuses et honoreront notre belle profession. Ils goûteront une fois de plus la joie qu'entraîne toujours avec soi le devoir simplement, mais courageusement accompli.

Dr SPINDLER,

Président du Syndicat médical de la Haute-Saône, année 1891-1892.

II. *Elixir de Garus et valeur de ses éléments aromatiques.*

Toujours dans la même voie de recherches expérimentales et après leur étude si consciencieuse de l'eau de mélisse, MM. Cadéac et Meunier ont fait subir au Garus, aromate très usité en pharmacie, une série d'expériences physiologiques,qui leur ont permis de doser la valeur de ses éléments.

Bien que vieil en date, l'élixir de Garus passe près des médecins pour un stimulant, et à l'exemple de leurs confrères aînés, ils l'emploient journellement, tant pour stimuler rapidement l'activité cardiaque, que pour activer énergiquement les fonctions de l'estomac. C'est donc jusqu'ici un cordial rempli de qualités, mais il a beau renfermer dans son sein toutes sortes d'aromates, la vanille, la cannelle, le safran, la girofle, etc., l'expérimentation est faite et, désormais, toutes ses vertus excitantes ne seront plus qu'un souvenir.

Nous avons déjà vu que les différentes essences, entrant dans la composition de l'eau de mélisse, tendaient toutes à stupéfier. Les mêmes séries d'expériences ont amené les mêmes conclusions pour le *Garus*.

Après une sorte d'excitation, quelquefois d'ivresse, quand la dose est plus forte, la stupéfaction, la dépression deviennent les phénomènes dominants : si l'intoxication continue, la sensibilité s'atténue progressivement et enfin la température descend, au bout de quelques jours, d'un degré au-dessous de la normale.

En résumé, le garus diminue la puissance et la contractilité musculaires, et c'est plutôt comme sédatif que comme excitant qu'il doit être considéré.

Dépressif, il l'est désormais. Mais au moins serait-il antiseptique ?

Expériences faites, il peut être considéré comme résistant à certaines cultures. Mis en contact avec le virus charbonneux, le pus sanieux et certains bacilles du côlon, il détruit le microbe charbonneux et pyocyanique.

Bref, ce n'est pas comme antiseptique qu'il saurait marquer sa place ; aussi devons-nous mettre en garde le buveur de cet élixir contre ses dangers. Si vous avez besoin d'un cordial énergique, d'un excitant puissant, cherchez ailleurs ; mais n'usez pas d'une liqueur peut-être agréable au goût et à l'odorat, peu dangereuse pour l'organisme en raison du faible poids de ses essences toxiques, mais stupéfiante et énervante dans ses résultats.

En somme, on est en droit de dire, après les recherches de MM. Cadéac et Meunier, que toutes ces essences prises en bloc ou individuellement portent une large atteinte à la volonté, à l'intelligence et surtout à la sensibilité. Que de personnes qui leur doivent des hallucinations, du tremblement, de l'hyperesthésie sensorielle et générale, ou bien la torpeur cérébrale ou musculaire dont nous avons déjà parlé.

Docteur Morice
(de Néris).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Une question de droit intéressante

Les Sociétés locales et l'Association générale.

Nous trouvons dans le compte rendu de l'Association locale de la Loire et de la Haute-Loire, un incident qui nous paraît être d'un haut intérêt pour les sociétés locales.

De leur affiliation à l'Association générale résultent en effet pour elles certaines conséquences heureuses et fâcheuses qu'il est bon de ne pas passer sous silence.

Mais laissons la parole au Président de la Société :

Legs Dussaud.

Le 9 août 1890, décédait à Panissières (Loire), à l'âge de 59 ans, le docteur Dussaud (Etienne), célibataire, Maire de sa commune et Conseiller Général de la Loire ; ce confrère ne faisait point partie de notre Association. Aussi fûmes-nous fort surpris, lorsque quelques jours après, Me Dupré, notaire dans la même localité, ami et conseiller intime du défunt, nous informa qu'aux termes d'un testament olographe en date du 7 septembre 1880, le docteur Dussaud avait, entre autres dispositions testamentaires, fait les suivantes :

Je lègue tous mes autres immeubles qui composeront ma succession à la Société de Prévoyance et de Secours mutuels des Médecins du département de la Loire, à la condition que les intérêts serviront à faire des pensions aux médecins indigents de la Loire que leurs infirmités ou leur âge avancé empêcheraient de travailler et aux veuves des médecins morts sans laisser de ressources suffisantes pour élever leur famille. En cas d'insuffisance des intérêts, les veuves devront être privilégiées.

Mes légataires exciperont de ces legs, dès mon décès, quant à la propriété ; mais ils n'en auront la jouissance qu'au décès de Mariette Combe, ma domestique, à qui j'en lègue de nouveau la jouissance.

Cette même personne était du reste maintenue légataire universelle.

Dans l'Assemblée Générale annuelle tenue au Puy le 7 septembre 1890, vous avez été saisis de l'affaire et, à l'unanimité des membres présents, une délibération a été prise, par laquelle votre Conseil d'Administration était autorisé « à poursuivre « par toutes les voies de droit la délivrance et l'au- « torisation d'accepter le legs fait par M. le D^r^ « Dussaud, de Panissières, à traiter, transiger et faire « tous actes et démarches de nature à amener « l'entrée en possession du legs. »

A la suite de ce vote, le Bureau s'est mis à l'œuvre ; deux voyages ont été faits à Panissières pour visiter les immeubles légués, voir l'usufruitière qui est en même temps légataire universelle, et le notaire. De leurs démarches, il est résulté que la légataire universelle donne son plein consentement à la délivrance du legs, mais que les projets de transaction ne paraissent pas devoir aboutir avant que l'autorisation d'accepter le legs n'ait été donnée à notre Société. La valeur des propriétés léguées s'élève à environ 50.000 francs.

Encouragés par le vénéré Trésorier de l'Association Générale et par divers conseillers, nous avons donc formulé notre demande au Ministère de l'Intérieur. Un de vos Vice-Présidents, M. Chavanis, voulut bien m'accompagner à Paris, au mois de février 1891, pour suivre l'affaire ; nous fîmes valoir des précédents et on nous donna l'espoir d'une solution favorable.

Une seconde visite fut faite au Ministère de l'Intérieur par votre Président, en juillet 1891 ; diverses observations, confirmées bientôt après (1er août 1891) par une lettre officielle, lui furent faites.

Le legs, nous écrivait-on, se compose en totalité d'immeubles. Dès lors, la Société, approuvée conformément au décret de 1852, n'est pas habile à le recueillir, l'article 8 limitant aux biens mobiliers la capacité de recevoir par donation ou testament. En l'état actuel, il serait donc nécessaire de refuser l'autorisation.

Lors d'une visite faite par le Président au Service des Institutions de Prévoyance, on l'avait averti de cette éventualité et engagé, pour ne pas perdre le bénéfice de cette libéralité, à solliciter pour la Société la reconnaissance comme établissement d'utilité publique. Je vous prie de vouloir bien demander au Président, quelles sont les intentions de la Société à cet égard.

Dans l'intervalle compris entre la visite au Ministère et la communication ci-dessus, le temps avait été mis à profit pour préparer de nouveaux Statuts, en vue d'une demande de notre Société en reconnaissance d'utilité publique, et le 9 août vous approuviez un projet de Statuts, qui fut immédiatement transmis à l'Administration. En même temps vous déléguiez éventuellement à deux de vos membres tout pouvoir pour modifier les Statuts au cas où nous en serions requis.

C'est ce qui eut lieu en effet, et la nouvelle rédaction, remaniée sur quelques points de détail, fut approuvée par vos Délégués et transmise au Ministère de l'Intérieur le 4 octobre 1891.

Le 2 décembre suivant, la Section de l'Intérieur du Conseil d'Etat réclama à son tour deux ou trois modifications que nous acceptâmes sans difficulté.

« *Il y aurait lieu d'ailleurs*, ajoutait en outre la « communication officielle, *de demander à la Socié-* « *té une déclaration formelle établissant qu'elle possède* « *une autonomie complète et ne dépend en rien de* « *l'Association Générale des Médecins de France.* »

Nous avons répondu sur ce point spécial par une déclaration exposant que notre Société était administrée par un Bureau et une Commission Administrative, pris dans son ressort,et nommés annuellement en Assemblée Générale ; qu'elle avait son budget et ses ressources propres ; qu'il n'existait aucun contrôle étranger sur sa gestion et qu'elle était par conséquent autonome. Il était expliqué, en outre que nos relations avec l'Association Générale ne constituaient point une dépendance, que l'inverse était au contraire l'expression de la vérité, puisque nous prenons part avec les autres Sociétés départementales à l'élection de tous ses dignitaires et de ses administrateurs,et que sa gestion est annuellement soumise à nos Délégués.

Ces explications, nous fut-il répondu le 1er juin 1892, n'ont pas satisfait le Conseil d'Etat « *en ce qui* « *concerne principalement l'affiliation de la Société à* « *l'Association Générale des Médecins de France, à* « *laquelle le Conseil dénie l'existence légale.* »

En présence de cette opposition, le représentant du Ministère de l'Intérieur au Conseil d'Etat, pour éviter un échec certain, a demandé la radiation de l'affaire de l'ordre du jour de la section.

La conclusion est que nous n'obtiendrons point la déclaration d'utilité publique, ni par suite l'autorisation d'accepter le legs, si nous ne nous séparons officiellement de l'Association Générale.

Que nous reste-t-il à faire ? Devons-nous rompre avec notre fédération ?

Agir ainsi, ce serait renoncer à nos droits acquis tant à la Caisse des Pensions viagères qu'aux autres Caisses, pour courir après un résultat des plus aléatoires; la déclaration d'utilité publique et l'autorisation consécutive d'accepter le legs Dussaud n'auraient d'effet rétroactif qu'autant que la légataire universelle n'y mettrait point d'opposition. Son attitude jusqu'à ce jour et celle de son principal conseiller n'autorisent point de pareilles espérances. Nous vous proposons donc de renoncer à ce legs purement et simplement.

Les démarches faites par notre Société, au cours de cette affaire, ont reçu l'approbation des hauts dignitaires de l'Association Générale, et nous croyons qu'elles ne sont point étrangères à la résolution prise par cette dernière de demander elle-même la reconnaissance comme établissement d'utilité publique ; l'Assemblée du mois d'avril 1892 a en effet donné tout pouvoir au Président Général pour l'obtenir ; tout n'aura peut-être point été perdu.

L'Assemblée a approuvé les conclusions émises dans le rapport du Président et lui a donné pleins pouvoirs pour liquider cette affaire.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat d'Aisne-et-Vesle

10 *mai* 1892.

Le Syndicat s'est réuni le 10 mai à l'Hôtel de la Gare, à Fismes ;

Présents : MM. Gaillart, *vice-président*, Léouyer *secrétaire*, Faille, Lefèvre, Henrionnet, Pichancourt, Manichon, Deligny, Lancry et Van Bunnen.

Le secrétaire expose que le Dr Loysel, de Tergnier, vient de recevoir un prix de l'Académie de médecine pour son beau travail sur la météorologie et la flore de Madagascar ; il propose de lui adresser des félicitations.

Adopté.

M. *Pichancourt* expose les faits suivants qui concernent deux administrations publiques.

1° En septembre dernier, je fus appelé à donner mes soins à un sieur G., berger à B. Cet individu s'était blessé un peu au-dessus du genou avec un instrument malpropre qui pénétra jusqu'au tibia.

Ce malade, bien qu'insolvable et nécessiteux, ne figurait pas sur la liste des indigents de la commune.

Or, un jour, il advint que, par suite d'une délibération du Conseil municipal, ledit malade fut envoyé comme indigent aux frais de la commune à l'Hôtel-Dieu de R., et cela sans que je fusse consulté, ni prévenu du départ de mon malade qui me devait alors, pour le cas présent, 75 fr. 50.

J'écrivis au maire qu'il était inconvenant d'agir de la sorte et je réclamai à la commune les 75 fr. 50 m'appuyant sur ces arguments : ou l'individu était indigent ou il ne l'était pas ; or il était indigent, puisqu'il a été envoyé comme tel à l'hôpital. Pourquoi dès lors ne figurait-il pas sur les listes ? Il y a donc un abus de confiance à mon égard.

Le maire ne me répondit rien à deux lettres consécutives.

Le juge de paix consulté me dit qu'en principe ma réclamation était juste, mais qu'en droit j'avais tort ! ! !

Je continuai à réclamer jusqu'à ce qu'enfin, lasse de mes légitimes réclamations, la commune finit par me payer.

2° En avril, je suis appelé à donner mes soins à un cantonnier blessé dans son service et devant, par conséquent, être soigné aux frais de l'administration vicinale.

Mes honoraires se montaient à 106 fr. 50, soit 32 visites à 3 fr .... 96 fr.
Médicaments fournis .... 10 fr. 50

En décembre, l'administration me demande une note détaillée.

Je la lui envoie.

Quelque temps après, l'agent-voyer me fait communiquer, par son chef cantonnier, une lettre de l'ingénieur ordinaire, m'informant que l'ingénieur en chef rejette mon mémoire parce que mes visites ne sont pas suffisamment justifiées.

Il y avait là une question de principe, j'ai demandé une expertise et j'ai tenu bon.

Or il n'y a pas eu d'expertise et l'administration m'a réglé intégralement les honoraires que j'avais demandés.

Le président, au nom de tous les membres présents, félicite M. Pichancourt d'avoir, par sa ténacité mise au service du bon droit, réussi dans ses légitimes revendications.

Le Secrétaire expose que le monument que les habitants de Vailly-sur-Aisne ont souscrit à l'ancien et regretté président du Syndicat, M. Ancelet, a été inauguré dernièrement avec solennité. C'était un témoignage bien mérité de reconnaissance pour celui qui les avait soignés avec tant de dévouement pendant 40 ans.

Le secrétaire, Dr H. Lécuyer.

REPORTAGE MÉDICAL

A l'occasion de la dernière épidémie cholérique des *médailles d'argent* ont été décernées à nos confrères les Drs *Aigre*, maire de Boulogne ; Cuisinier (de Calais) ; Gros, Ovion, Hounel, Guerlain, Patin (de Boulogne), et Brousse, de Saint-Etienne. Les *médailles d'or* ont été réservées aux administrateurs et aux religieuses.

— La Société de protection des victimes du devoir médical s'est mise en relations avec la famille de l'étudiant *Mariotte*, mort à Lariboisière. On lui a répondu qu'heureusement on n'avait pas besoin de son intervention et qu'on la priait de la réserver pour d'autres infortunes. La Société a décidé d'envoyer à la famille, une médaille commémorative.

— MM. Brouardel et Liart sont allés à Genève étudier l'organisation de l'*Ecole Dentaire* en vue de l'établissement, en France, du programme qui régira la délivrance du futur Diplôme de *chirurgien-dentiste*, prévu par la loi *Chevandier*.

— M. *Th. Roussel* a déposé, vendredi, son rapport sur l'Assistance médicale gratuite. Lundi, 13 mars, nous avons assisté à la discussion du projet de loi. Le Commissaire du gouvernement, M. *Henri Monod*, a prononcé un remarquable discours, qui a été accueilli par les plus vifs applaudissements.

Un grand nombre d'articles ont été discutés et à l'article 13, M. Cornil a obtenu que le règlement d'administration publique spécifierait que les médecins seront admis *de droit*, avec voix consultative, aux commissions d'assistance, en vue surtout de la confection des listes des indigents.

Nous aurions préféré : *avec voix délibérative* ; mais il faut reconnaître que, dans la pratique, une voix de plus ou de moins a peu d'importance. Ce qui importe c'est que le médecin ait le droit de faire ses observations. Elles seront admises dès l'instant qu'elles seront justes.

La fin de la discussion a été renvoyée à vendredi.

— *Souscription Bersonnet, faite par le Syndicat des médecins de la Seine.* — Dans une des dernières séances de l'Association syndicale professionnelle des médecins de la Seine, M. le Dr Bellencontre a exposé la situation malheureuse dans laquelle se trouve la veuve d'un confrère, qui faisait partie du syndicat, et a demandé que l'Association fît son possible pour lui venir en aide. Il a demandé d'organiser, en faveur de Mme veuve Bersonnet, une souscription pour laquelle il sera fait appel, non seulement aux membres du Syndicat, mais à tous les médecins de la Seine. Cette proposition a été adoptée ; et, une première liste ayant été mise en circulation aussitôt, tous les membres présents se sont inscrits pour une cotisation variant de 5 à 20 francs. Cet exemple a déjà été suivi par une grande partie des membres du Syndicat de la Seine ; et nous ne doutons pas que les résultats ne répondent aux vœux du bureau de l'Association. Le montant de chaque souscription doit être adressé au Dr Savornin, trésorier, 118, rue de Flandre, à Paris.

Rappelons que c'est là la mise en pratique, facultative il est vrai, des principes qui président en Amérique à la constitution de la Société des *Old Fellows*, sur laquelle le *Concours médical* a donné des renseignements à diverses reprises, notamment en 1880. C'était une Association composée de 1000 individus, s'engageant à verser chacun vingt francs au décès de chaque associé, immédiatement remplacé par un nouvel adhérent ; cette somme de 20.000 francs était destinée à la veuve et aux enfants du défunt.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
Place de l'École de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

Guide pratique pour l'examen des maladies du Larynx, du Nez et des Oreilles, par Baratoux. — Société d'Éditions scientifiques, Paris, 1892, **4 fr. 80** franco pour MM. les membres du Concours médical.

M. Baratoux vient de publier un Guide pratique pour l'examen des maladies du Larynx, du Nez et des Oreilles, avec gravures dans le texte et un atlas de 186 figures, qui rendra de réels services aux étudiants. Ce Manuel est destiné aussi aux médecins qui désirent entreprendre l'étude des affections de ces organes ; ces derniers y trouveront l'exposé de toutes les méthodes d'examens utiles pour établir le diagnostic, les principaux modes de traitement utilisés de nos jours.

Traité clair, précis, court, sans prétention, sans phrases inutiles ; figures bien choisies ; impression soignée. Telles sont les qualités que nous avons à signaler. Nous ne pouvons, on le comprend, insister davantage sans tomber dans une énumération qui ressemblerait singulièrement à une table des matières. L'auteur a atteint le but qu'il s'était proposé. On ne peut rien demander de mieux. (Extrait du *Progrès médical*, n° du 4 mars 1893.)

Vient de paraître :

Le Nicotinisme, nouvelle étude de psychologie, par le Dr Emile Laurent, ancien interne à l'infirmerie centrale des Prisons de Paris. — Avec dix portraits hors texte. — Société d'Éditions Scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, place de l'Ecole de Médecine, Paris.

Nota. — Ce volume fait partie de la Bibliothèque générale de physiologie (prix **3 fr. 50**) et sera expédié franco contre un mandat. Net **2 fr. 80.**

C'est une étude aussi originale que documentée contenant une curieuse histoire du tabagisme avec des détails très curieux sur l'origine de la pipe, de la prise, de la chique. On y lira de très intéressantes pages sur l'influence du tabac, sur l'intelligence, sur l'amour et, partant, sur la race.

Je ne parle pas des chapitres sur le tabac à l'école et le tabac dans les prisons. Mais je recommande surtout aux curieux les chapitres si originaux sur l'influence de l'imitation et la suggestion sur le développement du tabagisme et sur sa guérison par l'hypnotisme.

Le volume est précédé d'une préface de M. Decroix, le sympathique président de la *Société contre l'abus du tabac*, et orné des portraits des antitabagistes français et étrangers les plus connus.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année N° 12 25 Mars 1893

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE



SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

L'interview du « New-York Herald » sur la furie opératoire moderne.

Les chirurgiens opèrent trop facilement et font trop d'opérations inutiles, sans diagnostic précis fait d'avance, c'est entendu ; encore faut-il ajouter cette petite remarque complémentaire : l'abus chirurgical, la fureur opératoire (*furia operativa*) n'existe surtout qu'en Amérique et en Allemagne. Nous sommes heureusement loin en France de ces excentricités chirurgicales américaines et germaniques, absolument contraires à tout bon esprit scientifique et à toute thérapeutique humanitaire. Il faut bien reconnaître qu'en Amérique comme en Allemagne, on méprise souverainement la vie des malades et qu'on ne tente les opérations, que comme des coups d'audace merveilleux, capables d'étonner le monde ; l'idéal de cette *charcuterie humaine* est d'ouvrir tous les organes et au besoin de les extirper complètement s'ils gênent le moins du monde les malades. Cette pratique déplorable aboutit évidemment aux plus funestes conséquences, surtout au point de vue de la dignité de notre art. Rien au monde n'est plus aisé que de persuader à une femme que les douleurs qu'elle éprouve dans le ventre sont dues à des lésions très graves, nécessitant une opération. Comme grâce à une bonne antisepsie, on est presque mathématiquement sûr de la guérison opératoire, si l'on n'est pas trop maladroit, on arrive facilement à obtenir avec de superbes honoraires, une réputation assez enviable d'habileté et de science dans l'entourage de la victime ; la bêtise humaine est si grande que l'insuccès thérapeutique d'une première opération ne rebute pas toujours les malheureuses, et qu'elles réclament une nouvelle intervention, au moins aussi inutile que la première. Tout cela, nous ne l'ignorons pas, puisque dans de précédents articles, nous nous sommes attaché à faire ressortir l'abus chirurgical actuel, surtout au point de vue gynécologique, et la nécessité de rechercher d'abord, après un diagnostic précis, les moyens médicaux conservateurs et non sanglants. — Mais blâmerons-nous les fructueuses tentatives de la chirurgie française, de cette chirurgie toujours éminemment humanitaire et conservatrice qui a toujours fait l'honneur de notre pays, et qui essaie de faire profiter de ses progrès immenses de malheureux malades abandonnés par les médecins ? Les professeurs de chirurgie de Paris, interviewés par le *New-York Herald*, MM. Verneuil, Le Fort, Duplay, Tillaux, ont cependant une tendance non dissimulée à agir de la sorte vis-à-vis de la jeune école chirurgicale française. M. Duplay s'exprime ainsi :

« Quelle est la situation maintenant ? Il n'y a pas une ville de quelque importance qui ne contienne un ou deux chirurgiens. L'étendue du changement peut être mieux saisie par ce fait qu'un journal médical a été récemment fondé, qui s'adonne exclusivement à la chirurgie en province. Quand il parut, je parcourus le premier numéro et n'y trouvai que « laparotomies, chirurgie du foie et de la vésicule biliaire, gastro-entérostomies, etc. » ; parmi ces opérations, il y en avait que je n'avais eu que deux ou trois fois l'occasion de faire, en vingt-cinq ans de pratique, à la tête d'une salle de grand hôpital, à Paris ! Ceci est, je pense, très mauvais, et nos chirurgiens sont partis dans une direction malheureuse. La cause en est dans ce sentiment de sécurité absolue venant des précautions antiseptiques. Le moindre apprenti pense que, simplement parce qu'il est sûr que son patient ne mourra pas de l'opération, il peut essayer n'importe quelle expérience ou pratiquer n'importe quelle opération, quelque difficile qu'elle soit. »

M. Le Fort partage cette opinion :

« Voyez, dit-il, l'habitude, qui s'est élevée parmi nos jeunes praticiens désireux de se pousser devant le public, de rechercher quelqu'opération pratiquée à l'étranger, mais inconnue en

France, et, alors, de se mettre à la recherche d'une victime, sur laquelle ils puissent essayer l'opération, dans le but, si elle réussit, de présenter un rapport et le malade lui-même à quelque société savante. D'autres s'adonnent à une seule opération, comme la guérison radicale des hernies ou l'hystérectomie *per vias naturales* et la répètent sur cent ou deux cents malades ; ils obtiennent ainsi une certaine réputation.

MM. Verneuil et Tillaux s'expriment de même, en s'autorisant des pratiques chirurgicales des Velpeau, des Nélaton, des Gosselin. Nous ne pouvons laisser passer ces injustes récriminations sans protester de toutes nos forces. Si quelques rares chirurgiens français ont imité quelquefois les excentricités chirurgicales allemandes et américaines, il ne faut pas accuser de furie opératoire notre jeune école de province dont les efforts méritent des encouragements. L'antisepsie et l'anesthésie permettent de faire des opérations autrement conservatrices que ne les comprennent Verneuil et autres; et l'on peut dire que nombre de maladies méconnues ou réputées incurables par la médecine, sont maintenant, grâce à la nouvelle chirurgie, entrées dans le domaine de la thérapeutique efficace.

Citerons-nous les hernies, les tumeurs blanches, les suppurations pelviennes, les salpingites, les affections des voies biliaires ? Si nos professeurs de clinique chirurgicale dénigrent ces résultats, c'est ou bien parce qu'ils n'ont pu les obtenir eux-mêmes, ou bien, craignons de le dire, parce que la décentralisation chirurgicale moderne empêche l'afflux vers la capitale d'une riche et lucrative clientèle.

Le sublimé dans la fièvre typhoïde.

Voilà déjà assez longtemps qu'on dit du mal du sublimé et qu'on l'accuse de tous les méfaits toxiques possibles. Le fait est que, c'est certainement un médicament dangereux, qui demande à être manié avec beaucoup de prudence. Cependant un confrère de Bourg-la-Reine vient de rapporter dans la *Gazette hebdomadaire* un ensemble d'observations de fièvres typhoïdes qu'il a traitées par le sublimé à l'intérieur avec grand succès. Les conclusions qu'il en déduit sont certainement surprenantes mais nous doutons qu'elles paraissent péremptoires à tous les médecins.

1° Le sublimé, dit notre confrère, administré à l'intérieur dans la fièvre typhoïde, ne provoque jamais d'accidents toxiques ou autres que l'on puisse attribuer aux préparations mercurielles. Il est bien toléré.

2° Son emploi facile ne complique en rien le traitement et ne s'oppose pas à la pratique de telle ou telle méthode déjà adoptée par l'Ecole.

3° Si son action curative générale pouvait être mise en doute, le sublimé serait au moins un adjuvant précieux et une garantie de plus contre les phénomènes d'infection générale et surtout cardiaque.

4° Il paraît éteindre l'action des ferments pathogènes et enrayer la surélévation de la température ; ce qui permettrait de se dispenser des bains froids.

5° Il paraît atténuer la contagiosité.

6° Enfin, il a donné un chiffre de guérisons qui ne permet plus de mettre en doute l'efficacité de son emploi.

Quant à la dose, il est prudent de donner le sublimé par fractions de 1/2 milligramme jusqu'à 3 ou 4 milligrammes au plus, par 24 heures.

Le choléra de 1892 au Tréport.

M. le Dr *Lemaire* a publié à la Société d'éditions scientifiques la relation de l'épidémie de choléra de l'année dernière. Le traitement a consisté surtout en injections d'éther et de caféine et en cachets ou potions contenant 15 grammes de créoline donnés en 3 fois, dans les 24 heures.

FEUILLETON

L'interview des chirurgiens américains par le « New-York Herald ».

Un journal politique américain tout à fait dans le mouvement, le *New-York Herald*, s'est avisé d'interviewer deux douzaines de chirurgiens éminents des Etats-Unis sur la question véritablement pantelante de l'abus des opérations, surtout en gynécologie. Quoi de plus naturel que de faire juges d'un débat chirurgical les reporters et les lecteurs de cet estimable journal ! C'est tout à fait dans le ton du jour, et on ne peut plus fin-de-siècle. Nous sommes d'ailleurs habitués en France à voir quelques journaux politiques servir à leurs lecteurs par tranches, des séances de l'Académie de médecine. Mais on n'a jamais demandé leur permission à nos académiciens, qui, on le sait, sont ennemis de toute réclame ; et de plus, ce sont des discussions que l'on reproduit, et des discussions ne peut manquer de jaillir la lumière, comme le proverbe l'affirme.

Aux Etats-Unis, c'est une autre affaire, et il s'agit d'un numéro vraiment inédit. On ne demandait rien moins aux chirurgiens de ce pays que de figurer dans une espèce de tournoi, où la foule invitée verrait, non pas des chevaliers combattre brillamment les uns contre les autres mais des lutteurs administrer force horions à leurs adversaires, sans s'inquiéter de ceux qu'ils recevraient eux-mêmes : de sorte qu'il ne pouvait y avoir en fin de compte, que des battus, et pas de vainqueurs. L'idée était originale ; mieux que cela, elle était vraiment américaine : c'est ce qu'ont bien senti les chirurgiens mis en cause. Et, pénétrés de l'importance de leur rôle, sans craindre le ridicule, arme qui pénètre à peine dans le rude épiderme de la race anglo-saxonne (telum imbelle sine ictu !) ils sont gravement descendus dans l'arène.

Maintenant le tournoi est terminé et les résultats sont connus ; on peut comparer et juger. Constatons d'abord que deux chirurgiens de New-York, les Drs Robert Weir et Joseph Briant se sont dérobés, sous le prétexte, insuffisant en vérité, que les affaires médicales ne devaient pas se discuter dans la presse politique. Pas dans la presse politique ! mais où donc alors ? Dans la presse médicale, peut-être ? Si cela ne fait pas sourire ! On voit bien que ces deux chi-

La mortalité générale a été de 32 % ; pour les cas graves de 67 %.

Les précautions indispensables ont été parfaitement prises, pour la désinfection des locaux contaminés, pour leur évacuation, pour leur isolement dans un lazaret spécial.

A ce propos le Dr Lemaire fait remarquer que la ville du Tréport aurait encore bien des améliorations à opérer pour empêcher le retour de pareilles épidémies, qui peuvent faire grand tort à la région au moment de la saison balnéaire. Les fosses d'aisances ne sont pas bien faites, beaucoup ne sont pas étanches ; les vidanges se font par périodes, de sorte que, à certaines époques, de grandes quantités de matières sont jetées à la mer, trop près du port ou de la plage ; les rues sont insuffisamment arrosées ; les eaux potables sont encore défectueuses quoique cependant, on doive bientôt améliorer la situation à ce point de vue.

CHIRURGIE PRATIQUE

Antisepsie et économie.

C'est contre le gaspillage moderne pratiqué au nom de l'antisepsie, c'est contre le luxe exorbitant des salles d'opérations, des appareils à désinfection et à stérilisation, contre l'abus vraiment inqualifiable des pansements dispendieux, que nous avons résolu d'écrire cet article. Aujourd'hui, quand vous entrez dans une salle d'opérations d'hôpital, vous ne voyez que tables de cristal, dallages émaillés, étuves à gaz, stérilisateurs, monceaux d'ouates sublimées, salolées, de gazes iodoformées, sublimées, etc. Quand vous ouvrez ces traités déjà trop nombreux d'antisepsie et d'asepsie, vous n'y voyez que complications, que surcroîts énormes de dépenses, et le malheur est que, si vous ne connaissez pas à fond la *méthode* antiseptique, toutes vos précautions dispendieuses, vos pansements plus ou moins odorants, ne donnent que des résultats imparfaits. Alors que de récriminations injustes ? A quoi bon tant de dépenses ? Pourquoi ces manies et ces minuties, ces liquides toxiques ou caustiques, qui brûlent l'épiderme des mains du chirurgien, et qui empoisonnent le malade ? Pourquoi ces matériaux de pansement fantaisistes, ces toiles vertes (protectives), ces gazes jaunes (gaze iodoformée), ces caoutchoucs roses (makintosch), ces ouates plus ou moins imprégnées de substances antiseptiques, pourquoi cela, pourquoi ces lavages, ces injections, ces douches ? puisque les plaies déjà suppurantes continuent quand même à suppurer, malgré tous ces moyens. Voilà ce que nous ne pouvons admettre et ce que nous voulons combattre aujourd'hui.

I

Les abus insensés de l'antisepsie ont amené des accidents fort nombreux et c'est pour y obvier qu'on a inventé l'asepsie, c'est-à-dire *la propreté*, comme l'appelle M. Peter. Cette méthode qu'ont adoptée de grands chirurgiens comme Lawson Tait et Péan donne de bons résultats parce que ces opérateurs sont habiles et rapides dans leurs interventions, mais pour nous, praticiens plus modestes, nous avons besoin d'une méthode plus sûre et plus à notre portée. C'est que la *propreté* de M. Peter ne consiste pas seulement à se servir de linge bien blanc, d'éponges douces et sans odeur, d'instruments bien luisants et, comme on dit vulgairement, bien astiqués. Tout le monde cependant entend ainsi la propreté ; et c'est pour cette raison que nous ne pouvons accepter une pareille définition de l'asepsie.

L'asepsie est l'absence de germes microbiens sur tous les objets, qui seront en contact avec les plaies, avec les portes d'entrée de l'économie. Un instrument et un linge, qui paraissent propres à l'œil nu, sont couverts de germes au microscope. Il faut tuer ces germes par la stérilisation dans un milieu porté à une haute tem-

---

rurgiens ne sont pas dans le mouvement. Ne regrettons pas d'ailleurs ces deux défections, qui, il faut le dire de suite, ne déparent pas l'ensemble du tableau ; elles y ont leur place, et il serait regrettable qu'elles ne se soient pas produites.

Mais, avant d'aller plus loin, nous devons à la vérité de reconnaître que les chirurgiens américains se sont remarquablement bien tirés d'affaire, et nous restons bouche bée, en admiration devant les résultats obtenus. Bien qu'il y ait deux camps distincts, celui des réactionnaires, et celui des opérateurs « sans peur et sans reproche », l'ensemble des réponses est cependant d'une harmonie et d'un accord extraordinaires ; toutes les notes qui seraient discordantes, si elles étaient placées au premier plan, sont reléguées au second plan et concourent certainement à l'harmonie générale, en y ajoutant même je ne sais quoi de piquant et d'original. Les chirurgiens américains se sont vraiment montrés virtuoses de grande allure, dans l'art de berner leurs concitoyens et de leur faire prendre des vessies pour des lanternes.

Aussi bien, voici comment l'on peut analyser ce concert.

De l'ensemble des déclarations, il y a quatre phrases typiques, qui émergent sans cesse. Les voici : 1° *La folie opératoire sévit beaucoup moins en Amérique qu'en Europe* ; *aux Etats-Unis les chirurgiens sont hardis*, *mais prudents*. On voit en effet par cette première déclaration que les opérateurs sont prudents, au moins en paroles ; il n'y a là rien, qui puisse froisser personne ; en outre, l'amour-propre national est délicatement chatouillé par cette affirmation.

2° *Nul pays n'a vu la chirurgie faire tant de progrès*; *les chirurgiens américains sont bien supérieurs à leurs confrères du Vieux-Monde.* Ici encore, il n'y a vraiment rien à redire ; et cette déclaration, parfaite de tous points, prolonge, en l'accentuant, l'effet de la première phrase.

3° Attention : voici les horions qui vont pleuvoir. Mais vous allez voir avec quel discernement, quel tact, quelle absence de toute personnalité ! Cela s'adresse simplement aux si rares, si rares faiseurs, qui déshonorent la profession en ne voyant dans l'opération que la forte somme à palper, et en se chargeant d'opérations difficiles, qui ne devraient être confiées qu'aux chirurgiens vraiment compétents. « *Il y a certainement des chirurgiens qui opèrent trop*,

pérature, et les mêmes objets seront microbiologiquement propres.

L'asepsie exige des étuves Poupinel, des autoclaves Chamberland ; l'ébullition à l'air libre, comme le font les allemands (Schimmelsbuch) est insuffisante, si le liquide n'est pas lui-même microbicide, antiseptique. Il faut faire bouillir les instruments, les pansements dans une marmite *sous pression*, ou les faire séjourner dans une étuve sèche à haute température (150 à 200°) (Terrillon et Chaput) ; sinon les germes peuvent rester adhérents aux objets et vivants à l'état latent. Cette pratique est dispendieuse par le fait de la nécessité des appareils coûteux, et cependant la sécurité n'est pas complète au point de vue de l'infection possible des plaies.

Nous ne voyons qu'une méthode pratique, applicable à tous les cas, dans toutes les circonstances possibles, par n'importe quel praticien, c'est la méthode antiseptique pure de Lister, fondée sur les découvertes de Pasteur et que des chirurgiens peu consciencieux veulent s'attribuer contre tout droit.

Lister n'est pas un fabricant de pansements, comme l'a injustement dit M. Péan ; c'est un chef d'école, c'est le fondateur de la méthode à l'aide de laquelle on peut faire la meilleure chirurgie avec des pansements d'une simplicité rare. Rien n'est plus contraire à l'esprit même de cette méthode que la fabrication industrielle des pansements, telle qu'elle se pratique aujourd'hui. Un véritable élève de Lister fera de bien plus belle chirurgie et obtiendra de beaucoup plus surprenants résultats avec un morceau de linge, un peu de charpie et de l'acide phénique que n'importe quel grand chirurgien avec des paquets de gaze iodoformée ou salolée avec force ouate bichlorurée, etc., qui coûteront quatre ou cinq francs, pour chaque pansement.

La puissance de l'antisepsie est bien plus dans la méthode, que dans la valeur microbicide de la substance employée. Voilà l'axiome capital qu'il faut retenir et l'on n'aura jamais d'accidents à se reprocher.

Voyez les faux antiseptiques, assistez à leurs opérations : les uns font de la chirurgie *aquatique*, il faudrait un scaphandre pour y assister sans danger de se mouiller ; des laveurs, des irrigateurs, des réservoirs versent des torrents, des cascades de liquides antiseptiques dans les plaies opératoires sous prétexte de désinfecter : pratique déplorable ! les autres désinfectent leurs instruments et les essuient après, avec un linge sec propre, mais septique, ou bien lavent les régions voisines de la plaic avec un linge ou une épongc qu'ils plongent ensuito au milieu de la plaie, etc.

Voilà comment on perd tout le bénéfice des autres précautions, voilà comment on intoxique les malades et comment on dépense des sommes énormes, sans aucun profit. La chirurgie antiseptique est la moins coûteuse ; c'est celle qui permet de faire le plus d'économies, par la simplicité des pansements, et la rareté de leur renouvellement ; et, néanmoins, les statistiques financières de l'assistance publique de Paris montrent que, depuis l'application générale des procédés antiseptiques, les dépenses ont colossalement augmenté.

Cela provient uniquement du gaspillage inouï qui se pratique dans la plupart des services. Les pansements sont achetés tout préparés par des industriels, le plus souvent peu au courant de l'antisepsie véritable et quelquefois peu scrupuleux au point de vuc des dosages et de la durée nécessaire des manipulations. Ces pansements sont d'un prix élevé : un paquet est ouvert et par mégarde, il s'en échappe qnelques pièces de pansement, qui tombent à terre, ou bien, tout le paquet n'est pas employé et le reste est renfermé dans un tiroir, mal recouvert, dans un papier à moitié déchiré, etc. ; naturellement dans ces différents cas, un chirurgien antiseptique ne voudra plus se servir de ces restes plus ou moins suspects ; on les jette.

---

déclarent-ils presque tous, mais maintenant on est plus réservé qu'il y a quelques années, où on opérait certainement un peu, à tort et à travers. »

4° Enfin voici la phrase terminale, qui résume tout, sans conteste, sans désaccord, dominant magistralement le concert : « *Il n'y a qu'une chose à faire, il faut que les malades ne s'adressent qu'à des chirurgiens sérieux et compétents* ; et, (ceci dit très nettement par certains, les autres se bornant à le laisser comprendre), *et c'est nous qui sommes les chirurgiens compétents, c'est à nous, interviewés du New-York Herald qu'il faut s'adresser.* » Nous avions raison de dire en commençant que toutes ces déclarations s'enchaînaient et se complétaient, formant un concert d'un accord superbe. Si le sentiment national yankee ne trouve pas là de quoi être satisfait, il faut avouer qu'il est difficile.

Mais trêve de rire, et soyons sérieux. Cette dernière déclaration des interviewés nous fait venir à l'esprit une comparaison irrévérencieuse, que néanmoins, chroniqueur scrupuleux, nous ne voulons pas cacher à nos lecteurs. Nous ne prétendons pas qu'il y ait identité ! oh non ! mais cela nous rappelle le : « Joli monsieur, viens donc chez moi. », que nous avons eu maintes fois l'occasion d'entendre sur les trottoirs de plusieurs grandes villes, de la bouche de jeunes personnes désireuses de consacrer leurs loisirs au bonheur de l'humanité. Ce n'est pas tout à fait la même chose, nous l'accordons. Mais comment ne pas traduire les déclarations des opérateurs américains de la façon suivante : « Vous qui souffrez, intéressant lecteur ou dolente lectrice, apprenez qu'il n'y a que moi ! vous entendez, il n'y a que moi, éminent clinicien, chirurgien prudent et hardi à la fois ! Qu'on se le dise ! »

Après cette vue d'ensemble, il nous paraît superflu d'entrer dans le détail, qui nous exposerait à des redites continuelles. Cependant nous ne passerons pas sous silence quelques déclarations particulièrement originales. Le Dr Georges A. Peters, par exemple, émet des aphorismes d'une vérité tellement incontestable que nous verrions sans étonnement Monsieur de la Palisse en revendiquer la paternité : « La hardiesse est souvent obligatoire dans une opération, mais elle doit marcher de pair avec la prudence. La témérité est bien différente de la hardiesse. » Personne, je crois, ne s'avisera de dire le contraire. Plus loin, le même chirurgien apporte sa contribution aux phrases typiques

D'autre part, les morceaux de pansements, les flots de liquides que l'on emploie pour désinfecter à tort et à travers, sont autant de pertes considérables.

Tout cela est mauvais, sous tous les rapports ; il faut absolument réagir.

II.

Quelle est donc cette méthode antiseptique merveilleuse, qui excite les colères des chirurgiens d'un autre temps, incapables de la comprendre, et qui donne tant d'audace aux jeunes et tant d'envie aux anciens !

Est-elle donc un sanctuaire où peu sont appelés et moins encore sont élus ?

Non, le plus humble des praticiens peut la connaître et en faire profiter ses malades, pour le plus grand bien de tous, et à peu de frais.

Le principe est le suivant : Tout ce qui nous entoure, tout ce que nous touchons, nous-mêmes, tout est plein de microbes, de germes microscopiques, seuls capables de produire des complications inflammatoires dans les plaies et en général dans toute solution de continuité des téguments (peau ou muqueuses). Ces germes sont nos ennemis de tous les instants, et si nous pouvons soigner une plaie ou produire une plaie opératoire, sans y introduire un seul germe, la plaie restera indéfiniment comme le reste des tissus de l'économie, c'est-à-dire sans suppuration et par conséquent apte à une cicatrisation immédiate (réunion par première intention). Cette vérité est mathématique, en dépit des inventions extravagantes, des diathèses, des prédispositions individuelles, des prétendues fermentations intestinales ou gastriques, qui, au dire de leurs auteurs empêchent dans bien des cas la réalisation de l'idéal antiseptique. Le diabète, l'albuminurie, l'impaludisme, le lymphatisme, la dilatation de l'estomac, peuvent empêcher l'antisepsie de parvenir à une réunion par première intention, c'est-à-dire *sans la moindre gouttelette de suppuration*, disent les chirurgiens sans convictions antiseptiques fermes, qui prétendent faire de l'éclectisme. Il n'y a pas à transiger, il ne faut pas d'éclectisme en chirurgie antiseptique, et lorsqu'on applique exactement la méthode, la guérison opératoire est MATHÉMATIQUEMENT SÛRE, QUEL QUE SOIT LE TERRAIN.

Dans l'exposé de la méthode, nous ferons deux divisions indispensables :

A. La plaie est déjà infectée ; elle a été produite par un objet malpropre, et les germes ont été introduits soit par l'objet lui-même, soit par des pansements insuffisants, soit enfin par les mains du panseur.

B. La plaie est une conséquence de l'intervention médico-chirurgicale et l'on en est le maître absolu ; c'est là vraiment l'occasion d'appliquer la méthode dans toute sa rigueur.

A. Les plaies déjà infectées sont d'une désinfection extraordinairement difficile ; autant il est facile d'empêcher le pus de venir, autant il est malaisé de le faire disparaître. Sur une plaie infectée, un abcès, un panaris crevé, une plaie contuse datant de plusieurs jours, on ne peut espérer réaliser l'antisepsie complète.

Pourquoi donc y employer force gaze iodoformée, ouate bichlorurée, boriquée, ou autre ? C'est du temps et de l'argent perdus. Bornons-nous à ne pas introduire de nouveaux germes ; fermons la plaie provisoirement avec un peu de charpie bien bouillie, puis trempée dans une solution antiseptique forte, et avec un linge ayant subi la même ébullition et la même immersion antiseptique, lavons avec soin la peau, la région circonvoisine de la plaie ; commençons le siège, par des circonvallations antiseptiques, qui isoleront le foyer du côté de la peau ; *jamais le linge qui lave les alentours de la plaie, ne doit passer au contact de celle-ci.*

Puis, si la plaie est peu anfractueuse, nous la cautériserons avec un caustique antiseptique comme le nitrate d'argent liquide ou le chlorure de zinc au 10e, ou encore l'acide chromi-

---

énoncées plus haut : « Nous possédons aux Etats-Unis les meilleurs chirurgiens du monde... Les chirurgiens américains sont supérieurs à leurs confrères allemands et français, parce qu'ils sont plus pratiques et moins visionnaires. » Nous n'insistons pas là-dessus.

Le Dr A. Frank-Bauer, de Cincinnati, se met, sans rire, à faire une petite clinique sur les avantages de l'antisepsie et les dangers inhérents à toute opération. C'est d'un bon confrère, qui ne veut dire du mal de personne.

Le Dr David E. Dudley termine, plein d'un navrement comique : « Il est incontestable que le couteau est dangereux ; mais enfin comment allons-nous nous en passer ? » Le fait est que nous ne voyons pas bien l'avantage que retireraient les malades, si les chirurgiens étaient obligés d'opérer sans instruments, avec leurs armes naturelles seulement, *unguibus et rostro* ! Pouah !

Mais c'est au Dr Hermann Myazer, de Buffalo, que, sans hésitation, nous décernons la palme. Non seulement il s'est abstenu de dire du mal des confrères, mais il a trouvé le moyen de se faire une excellente réclame. « A mon hôpital, où nous ne faisons que des opérations abdominales, nous ne perdons qu'un demi pour cent de nos malades. On a fini par s'apercevoir qu'il faut s'adresser aux grands hôpitaux pour les opérations chirurgicales. Il saute aux yeux qu'un homme, qui s'en occupe uniquement sera plus compétent qu'un autre, qui n'en fait que de temps en temps... » Voilà un homme véritablement très fort, qui trouve le moyen de se faire beaucoup de bien, sans attaquer directement personne. Quel bel exemple à suivre !

En vérité, les citoyens des Etats-Unis ont le droit de montrer quelque fierté ; leur pays est un pays privilégié, toujours à la tête de tous les mouvements : il est à la fois plus avancé et plus réservé que n'importe quel autre ; et, pour dire la vérité sous une forme concrète, avouons qu'*il est plus n'importe-quoi que n'importe qui.*

Et ce n'est pas sans une douloureuse angoisse patriotique que nous nous demandons si les chirurgiens français, soumis à une pareille épreuve, sauraient s'en tirer avec cette dextérité véritablement américaine. Nous n'osons nous prononcer ! L'avenir se chargera peut-être de répondre pour nous.

Dr PRUDENT.

que ; en ayant soin de cautériser tous les moindres replis. Si la plaie est anfractueuse, nous introduirons la canule d'une seringe parfaitement propre et immergée dans un liquide antiseptique, pour y pousser quelques injections antiseptiques fortes ; puis nous recouvrons la plaie avec un pansement humide, absorbant et facilement amovible, par exemple de la charpie bouillie trempée dans l'eau phéniquée faible ou dans le sublimé au 2000e ; l'onguent napolitain ou le sparadrap de Vigo, qui sont de puissants microbicides, constituent aussi de bons pansements sur les plaies peu étendues, qui suppurent.

Enfin il peut être utile, quand les anfractuosités de la plaie sont considérables d'employer un tube à drainage bien antiseptique, c'est-à-dire, un tube de caoutchouc suffisamment résistant (caoutchouc rouge, fragments de sonde neuve en gomme) immergé depuis longtemps dans l'eau phéniquée forte, au 20e, et maintenu dans la plaie au moyen d'un fil ou d'une épingle de sûreté, phéniqués pareillement.

B. Pour produire une plaie sans l'infecter, c'est-à-dire pour opérer antiseptiquement, et obtenir une réunion par première intention, que faut-il ? C'est là vraiment qu'on applique la méthode antiseptique : dans une récente clinique, le professeur Le Dentu résume les principales précautions que tout opérateur doit avoir à l'esprit pendant la durée de son intervention ;

« 1° La désinfection de la région opératoire ; 2° la désinfection des mains du chirurgien et de ses aides ; 3° le milieu où se fait l'opération ; 4° la désinfection des instruments.

« A la surface de la peau la plus saine, la plus propre, existent toujours des micro-organismes et, en particulier, le staphylococcus aureus. La désinfection de la région pératoire s'impose donc dans tous les cas, sans exception. Elle est au fond assez simple. Un bain général préliminaire, avec changement complet de linge, sera indispensable chez les sujets peu soigneux. Pour la région elle-même, l'essentiel est de raser à l'avance tous les poils, de bien la frotter, la racler en quelque sorte, avec une brosse de toilette neuve et propre, de l'eau chaude, du savon propre. Ce nettoyage est le point essentiel. Dans les opération délicates, vous le compléterez très utilement par un nettoyage à l'éther, qui dissout toutes les matières grasses. En attendant l'opération, il suffit de recouvrir la région avec des compresses bouillies trempées dans la solution de sublimé au millième. Les paquets de sublimé rendent aujourd'hui bien facile la préparation extemporanée de cette solution. Faites, avant l'opération même, un dernier lavage antiseptique. Mais rappelez-vous que le point important est le rasage, le lavage, le raclage de la peau. Les antiseptiques n'agiraient pas sur une peau insuffisamment nettoyée. C'est là ce qui fait la difficulté des désinfections de la bouche, du vagin, du rectum.

« Les mains du chirurgien et de ses aides fouillant, pénétrant tous les recoins de la plaie, sont le grand agent d'infection. Après avoir bien nettoyé les ongles, nous avons adopté, pour règle, de brosser pendant cinq minutes les mains avec une brosse neuve, nettoyée à l'eau chaude, du savon propre, de l'eau chaude. A défaut de brosse, vous pourriez vous servir d'un linge un peu rude, rendu aseptique par l'ébullition. Mais le nettoyage des ongles est ainsi plus difficile. Après ce savonnage, nous trempons successivement les mains dans deux solutions : l'une de permanganate de potasse ; l'autre de bi-sulfate de soude. Il se produit de l'acide sulfureux à l'état naissant, qui assure la désinfection parfaite. Avoir ces solutions toujours prêtes serait, en ville, plus difficile. Mais en trempant successivement les mains dans de l'alcool à brûler, ou mieux de l'alcool à 90 degrés, puis dans du sublimé au millième, la désinfection sera suffisante. Ici encore, le point important est, ainsi que l'on montré les expériences de Bergmann, le grand savonnage préliminaire de cinq minutes. Si ce savonnage des mains est plus court même d'une minute, des micro-organismes peuvent se retrouver encore, surtout dans le repli sous-unguéal. La désinfection des mains constitue le point important. Mais il va sans dire que le chirurgien, plus que tout autre, devra observer une propreté méticuleuse pour son linge de corps. On se défiera surtout des vêtements qui auraient été portés dans une visite à des malades atteints d'érysipèle, de fièvre puerpérale. Enfin, dans ces derniers temps, on a fait, non sans quelque raison, le procès des chirurgiens à la barbe de fleuve et à la chevelure romantique.

« Le milieu où vous opérerez est d'importance secondaire (1). »

L'opération peut être pratiquée dans n'importe quelle chambre sale, dans une étable même, au milieu des suppurations, des cataplasmes sordides, à condition qu'on n'ait pas réeemment secoué dans l'air ambiant les poussières de ce milieu ; un rideau secoué ou simplement relevé inconsidérément, peut faire tomber sur le champ opératoire une pluie de germes infectieux. L'air calme, non secoué par un accident quelconque (vent, nettoyage, etc.) n'est pas nuisible pour les plaies ; Lister lui même a modifié cette partie de sa méthode et il a supprimé du même coup la nécessité du spray, de l'atmosphère antiseptique phéniquée réalisée au moyen des pulvérisateurs à vapeur. Ces instruments sont aujourd'hui reconnus inutiles. Ils peuvent même devenir nuisibles en refroidissant le malade par la condensation de vapeur qu'ils produisent.

Un point important à observer, c'est l'entourage exact de la plaie et des régions voisines, peau, linges, draps, avec des compresses bouillies, trempées dans la solution antiseptique et essorées ; car elles servent de barrières de sûreté aux différents objets, linges ou vêtements secs, qui pourraient par mégarde frôler la plaie. Chaque fois que les linges antiseptiques ou que les mains sont fortement souillées de sang, le chirurgien doit les tremper à nouveau dans le liquide antiseptique. A la rigueur, on peut laisser en toute sécurité les instruments reposer quelques instants sur ces compresses antiseptiques ; là ils ne peuvent s'infecter, tandis qu'ils s'infecteraient sûrement et seraient hors d'usage pour le reste de l'opération, si on les posait sur un drap ou sur une serviette même propre. De même pour éviter tout contact des manches de chemise ou des blouses avec la plaie, le chirurgien doit retrousser le tout jusqu'au-dessus du coude et opérer, les avant-bras nus.

Les instruments sont également justiciables

(1) *Gaz. des hôp.*, 1893.

d'une désinfection soignée. Les Allemands conseillent l'ébullition pendant quelques minutes dans une solution de carbonate de soude à 1 pour 100. Nous employons l'immersion et les frictions avec le chloroforme ; puis, au moins une heure avant l'opération, on plonge les instruments dans l'eau phéniquée au 20e.

Les objets de pansement doivent être simples, mais autant que possible préparés par vous-mêmes, au moyen de mousseline molle immergée quelque temps dans le sublimé à 1/1000, saupoudrée d'iodoforme, de salol, etc.. Les tubes à drainage, les crins de Florence pour sutures, seront bouillis quelques minutes et plongés constamment dans l'eau phéniquée forte. Les catguts pour ligatures perdues, les soies phéniquées, seront toujours de votre part l'objet d'une antiseptisation spéciale. C'est le seul moyen d'être sûrs de vos résultats ; vous seuls êtes responsables de cette manière. Les éponges sont d'une désinfection difficile ; il vaut mieux employer des compresses bouillies ou des tampons d'ouate hydrophile, trempés dans le sublimé au 1/1000 et essorés. Enfin, n'usez que peu de pièces à pansement ; quelques fragments de gaze seulement et enveloppez avec de l'ouate absorbante hydrophile ou de l'ouate de tourbe. Dès que le pansement paraît sali ou desserré, on doit le renouveler, sinon le mieux est de le changer rarement ; car à chaque pansement, il y a des chances d'infection.

La compression est le plus souvent utile pour empêcher l'écoulement de sang ou de sérosité dans la plaie suturée. Le drainage doit être évité le plus possible, et si on croit nécessaire de l'appliquer, pour faciliter l'écoulement de cette sérosité, on doit : 1° éloigner le tube du côté où se trouve un pli articulaire ou un orifice naturel ; 2° retirer le tube au plus tard le 4e jour et de préférence le 2e ou le 3e jour après l'intervention.

« Un mot encore des sondes, dont il est particulièrement difficile de réaliser et de maintenir l'asepsie. Pour vos sondes métalliques, le flambage est un bon moyen. Le flambage direct à la lampe à alcool ternit, irise les sondes. Mais en les trempant dans l'alcool, les retirant, mettant le feu à la mince couche qui reste, vous avez un flambage suffisant. L'ébullition est également très bonne et désinfecte mieux la cavité. Les sondes en caoutchouc peuvent elles-mêmes être soumises à l'ébullition. La difficulté principale est pour les sondes, les bougies en gomme. La chaleur les ramollit ; les antiseptiques, acide phénique, sublimé, les altèrent, si le contact est prolongé.

Pour les sondes neuves, vous pouvez vous contenter de les laver intus et extra d'abord, à l'alcool à 70 degrés seulement, l'alcool à 90 degrés donnant une dissolution partielle, puis avec le sublimé au milliéme. Les bougies sont encore plus faciles à nettoyer. Pour conserver ces sondes et ces bougies ainsi rendues aseptiques, noyez-les dans une couche épaisse de poudre de talc, chauffée à une haute température et refroidie. La désinfection doit être répétée chaque fois que la sonde a servi. Elle sera d'autant plus facile et plus sûre qu'elle sera faite plus vite après l'emploi (1).

(1) *Gaz. des hôp.*, 1893.

Peut-être cette antisepsie simplifiée paraîtra-t-elle encore, à quelques-uns de vous, un peu complexe. Et pourtant, vous n'avez pas le droit de vous dispenser de ces précautions, qui n'ont aucune contre-indication et qui vous permettent de soustraire sûrement vos malades aux hasards opératoires d'autrefois. »

Dr Paul Huguenin.

OBSERVATIONS CLINIQUES

Eruption vésiculeuse des deux mains provoquée par l'usage de gants rouges dits peau de chien,

par le Docteur Puy-le-Blanc (de Royat.)

Dans les premiers jours d'août 1892, se présente, à mon cabinet, Monsieur R. ancien commerçant, âgé de 72 ans, qui vient me consulter pour une éruption siégeant sur la face dorsale des deux mains et survenue pendant la nuit.

Les deux mains sont en effet recouvertes d'une éruption confluente, formée de nombreuses vésicules, variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'un grain de blé ; l'éruption occupe la face dorsale des deux mains et les deux poignets, où elle forme un véritable bracelet de la largeur d'un centimètre environ. Les doigts, les espaces interdigitaux, la face palmaire de la main et des doigts, sont indemnes. Dans certains points, surtout à la face externe des deux mains, les vésicules, par leur confluence, forment de véritables phlyctènes ; le liquide qui s'en échappe est incolore.

Je songeai, d'abord, à la dysidrose ; mais le siège de l'éruption, l'indemnité absolue de la paume de la main et des espaces interdigitaux, lieux d'élection de cette affection, me fit vite rejeter cette hypothèse.

Le malade, interrogé à l'effet de savoir s'il n'avait, dans ces derniers jours, manié aucune substance irritante, ou fait usage d'une pommade arsénicale, l'éruption ressemblant beaucoup à celle que produit l'arsenic, m'affirma n'avoir manié aucune pommade ou poudre ayant pu produire l'affection que j'avais sous les yeux.

Persuadé, cependant, que j'étais en présence d'une éruption de cause externe, je poursuivis mes recherches et finis par apprendre que Monsieur R. qui avait la veille fait le voyage de Paris à Royat, par une température de 32 degrés, était resté, pendant huit heures consécutives, les mains recouvertes de gants rouges, dits peau de chien, et que peut-être c'étaient ces gants, qu'il n'avait pas portés depuis longtemps, qui avaient déterminé l'éruption dont il souffrait ; que du reste, ressentant déjà des démangeaisons en arrivant à la gare, il avait jeté ces gants par la portière.

Trouvant là une indication précieuse, j'ai recherché à l'aide de quelle substance était obtenue la couleur rouge, cuir de Russie, de ces gants et j'ai appris d'un de mes amis, chimiste distingué, collaborateur d'une grande maison de produits chimiques de Lyon, auquel j'ai présenté des gants absolument semblables à ceux de Monsieur R. que ces gants avaient du être teints avec une substance provenant de son

usine et livrée au commerce sous le non d'*Aurantia*.

L'aurantia est un *Hexanitrodiphénylamine*; il s'obtient en faisant réagir l'acide nitrique sur la Diphénylamine; il donne une nuance jaune très orangé, et, pour avoir la couleur rouge, on y ajoute un peu de fusehine.

D'après ce chimiste l'aurantia aurait causé des accidents de vésication sur la peau des mains et de la face, des ouvriers employés à la teinture; ces accidents ont été soignés à l'Hôpital de Bâle; mais la cause n'en a pas été déterminée. Nous avons, a ajouté ce chimiste retiré ce produit de la vente; mais il en reste une certaine quantité dans le commerce et je sais que certains teinturiers en font encore usage, malgré ses inconvénients, qui du reste ne sont pas constants, car j'ai, moi-même, étendu cette matière colorante sur mon avant-bras et je n'ai eu aucune éruption, tandis qu'un de mes collègues qui avait fait la même expérience, a eu une éruption considérable.

Ce serait donc bien l'*aurantia* qui aurait produit chez mon malade les accidents que je vous ai fait connaître. La fuschine entre, dans la teinte, pour une si petite part, qu'elle ne saurait être incriminée et encore moins l'arsenic qu'elle pourrait contenir, la quantité absorbée par une paire de gants étant infinitésimale.

Voici, pour moi, comment l'accident a dû se produire: Il faisait au moment du voyage de Monsieur R., une chaleur torride; le malade a été pendant tout le trajet en proie à une diaphorèse abondante; ses gants étaient trempés et, c'est à cause de cela qu'il les a rejetés comme hors d'usage.

La sueur, pénétrant la peau, a pu atteindre la couche de teinture, bien qu'elle fut extérieure, par endosmose. L'épiderme du dos des mains plus directement en contact et moins épais que eeluí de la paume, a été mis en contact avec la matière tinctoriale. Par suite de ce contact prolongé l'épiderme a été pénétré, le derme atteint, et, l'éruption s'est produite eomme elle s'était produite sur la face des ouvriers teinturiers exposés aux vapeurs s'échappant des chaudières.

Quant à l'éruption, en bracelet, du poignet, elle a eu lieu tout simplement par suite du contact immédiat sur l'épiderme de la peau teinte, repliée en dedans pour former la bordure du gant.

Le traitement a été des plus simples: des maniluves à l'eau boriquée et une pommade à l'oxyde de zinc ont suffi pour amener une prompte guérison.

Je n'ai trouvé nulle part signalé ce fait d'une éruption violente causée par des gants teints en rouge; le docteur Barthélemy a décrit une éruption causée par des chaussettes rouges, se rapprochant beaucoup de celle que j'ai observée; la fuschine fut alors incriminée. On a signalé des éruptions causées par l'acide picrique et les picrates. Les ouvriers qui pèlent les oranges, pour en faire des liqueurs, ont été aussi quelquefois atteints d'éruption se rapprochant de eelle que j'ai observée; enfin tout le monde connaît la gale des épiciers, l'eczéma des plâtriers, des tailleurs de marbre, etc. La plupart des corps de métiers ont leur dermite, qui ne se manifeste généralement que chez les individus prédisposés. Celle que je viens de faire connaître a du être causée par *l'acide picrique* que contient l'aurantia et, peut-être, aussi, étant donnée la couleur jaune orange du produit, par un principe, non encore isolé, existant dans la peau de l'orange et lui donnant sa belle couleur d'or.

Les teintures minérales dont l'usage se répand de plus en plus, causeront certainement encore d'autres éruptions; il suffira seulement qu'elles trouvent un terrain approprié, car il y a là surtout une question d'idiosyncrasie.

De l'emploi du dermatol dans les affections des muqueuses.

Les propriétés cicatrisantes, dessicatives et antiseptiques du dermatol (sous-gallate de bismuth) utilisées depuis peu d'années dans les maladies de la peau, son inocuité complète, m'ont amené à l'employer dans certaines affections des muqueuses. J'ai cru trouver à son emploi quelques avantages que je me ferais un scrupule de taire, en particulier dans les cas suivants:

Un homme d'une trentaine d'années, employé du chemin de fer du Nord à Paris, vient en congé à Boulogne à l'époque du nouvel an. A peine arrivé ici, il est pris de malaise, de fièvre, en même temps la région sous-maxillaire se tuméfie, les amygdales, les piliers du palais, la luette se couvrent de fausses membranes épaisses se détachant sinon en lambeaux, du moins en parcelles assez résistantes.

En dehors du traitement interne et en particulier de la succion de nombreuses tranches de citron, je fais faire, selon ma coutume, des applications de glycérine phénico-camphrée à l'aide d'un pinceau un peu dur avec lequel on badigeonne plusieurs fois par jour tout le pharynx. Immédiatement après, la muqueuse saignante était tamponnée avec une petite houppe d'ouate fixée au bout d'un bâtonnet et bien imprégnée de dermatol en poudre fine. Le saignement s'arrêtait aussitôt et le malade éprouvait une sensation de bien-être notable.

Après une dizaine de jours de traitement, l'arrière-bouche se nettoyait enfin et le malade pouvait, deux semaines plus tard, regagner son poste, non sans conserver une paralysie du voile du palais qui lui fit accorder d'emblée un supplément de congé d'un mois par le médecin de la Compagnie.

Le second cas se rapporte à une fillette de sept ans chez laquelle, vers la même époque, les mêmes symptômes généraux et locaux se manifestèrent avec un gonflement sous-maxillaire plus marqué encore et de plus un écoulement nasal assez abondant de mucus épais et noirâtre. Les mêmes applications pharyngiennes de glycérine phénico-camphrée, et, de dermatol furent employées avec persistance. De plus l'enfant prisait fréquemment du dermatol qu'on l'engageait à aspirer fortement. La fillette, bien que de santé très délicate, entrait en convalescence au bout d'une douzaine de jours.

L'examen bactériologique des fausses membranes n'a été fait dans aucun de ces deux cas ce qui diminue sans doute notablement l'intérêt de ces observations. Il ne m'a pas non plus été possible d'établir nettement l'origine du contage. Toutefois la longue durée des deux

affections, la persistance de reproduction des dépôts membraneux, la tuméfaction très marquée des ganglions sous-maxillaires, le mauvais état général, la teinte rougeaude et presque blafarde de la peau, enfin, dans le premier cas la paralysie consécutive du voile du palais, symptôme de couleur sale dans le second cas, ne me permettent guère de mettre en doute la nature diphtéritique de ces angines ; dans les deux cas l'emploi du dermatol en insufflations pharyngiennes et nasales m'a paru donner d'excellents résultats que je serais heureux de voir confirmés.

J'ai depuis lors employé sous forme d'injections et avec le même succès le dermatol en suspension dans l'eau glycérinée au traitement d'une blennorrhée déjà ancienne et qui avait résisté aux injections astringentes et antiseptiques.

Je l'ai également appliqué sous forme de pommade au traitement de l'otite externe et de la vulvo-vaginite chez quelques enfants de constitution lymphatique. Pour ce dernier objet des injections alternatives d'eau boriquée et d'eau glycérinée tiède tenant en suspension du dermatol étaient faites deux ou trois fois par jour dans le vagin à l'aide d'une petite seringue uréthrale, une pommade au dermatol était ensuite appliquée sur la vulve après un nettoyage soigné avec la liqueur de Van Swieten étendue d'un peu d'eau chaude. Grâce à ces moyens la guérison de cette affection tenace ne s'est pas fait longtemps attendre.

Permettez-moi, en terminant, de vous faire connaître une nouvelle formule de crayons médicamenteux utérins qui me paraissent, au point de vue de la souplesse et de la solidité, présenter quelques avantages sur les crayons ordinaires.

Prenez : Suc de réglisse bien sec pulvérisé au mortier............ 0.50 centigr.
Glycérine.......... une goutte.
Mélangez intimement et ajoutez :
Iodoforme porphyrisé. 0.50 centigr.

M. s. a, en ajoutant une ou deux gouttes d'eau pour donner à la masse la consistance pilulaire.

Roulez en magdaléon de 6 ou 7 centimètres et gardez en lieu sec pour l'usage.

Il va sans dire que l'iodoforme peut être remplacé par toute autre substance médicamenteuse.

Dr L. Patin.

Boulogne-sur-Mer, 5 mars 1893.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'Assistance médicale devant le Sénat.

Le projet de loi sur l'Assistance médicale est venu, la semaine dernière, devant le Sénat en première délibération.

La discussion a été, il faut bien l'avouer, quelque peu confuse et la question n'a paru familière à aucun orateur, ce qui d'ailleurs n'est pas très surprenant.

Après M. Théophile Roussel, rapporteur, qui a fait l'historique de la préparation du projet et de son dépôt et qui a montré la nécessité absolue de son adoption, on a entendu toute une série d'orateurs qui déclaraient *n'être pas les adversaires du projet*, mais qui consciencieusement s'efforçaient d'en empêcher le vote.

M. Monod, commissaire du Gouvernement, a eu fort à faire en soutenant la discussion générale au milieu d'interruptions plus ou moins saugrenues où paraissent exceller les Sénateurs Bretons.

M. Huon de Penanster ne trouvait-il pas que « l'assistance, telle qu'elle est comprise dans le projet, est dégradante ? » M. de l'Angle Beaumanoir, après avoir affirmé qu'il ne s'agissait que d'une manœuvre électorale ne découvrait-il pas que « les contribuables feraient les frais de cette assistance ? »

Il n'a fallu rien moins que l'autorité disciplinaire du Président pour calmer un peu ces nobles énergumènes.

Le seul point sérieux de la discussion a été la question financière.

M. Lesouëf, critiquant les chiffres donnés par l'exposé des motifs, a comparé le service médical des indigents à celui des Sociétés de secours mutuels (pour lesquelles les soins médicaux reviennent à 2 fr. 77 et les soins pharmaceutiques à 3 fr. 44 par membre participant) et conclu que l'assistance médicale coûterait, rien que pour les campagnes, 13.500.000 francs sans parler du chauffage, des vêtements et des aliments que nécessitera la convalescence des malades.

M. Félix Martin a été plus loin et a évalué la charge totale à un chiffre de 21 à 23.000.000.

J'accepte, dit-il, la proportion d'indigents par rapport à la population qui figure au rapport, soit 6,4 % ; j'accepte également la proportion de 1 malade par 2,7 inscrits.

Si le chiffre de 6 fr. 90 par malade représente la dépense véritable, les frais ressortiraient à 2 fr. 54 par indigent inscrit. Mais cette évaluation est inférieure à la réalité. M. Lesouëf a montré que, dans des conditions analogues, il fallait payer 2 fr. 77 et 3 fr. 44, soit 6 fr. 21 par inscrit et non par malade. De plus, il faudra compter pour l'hospitalisation des malades une somme plus élevée que celle qui est prévue, puisque la statistique donne 1,18 et non pas 1 dans les conditions où l'on se place.

Enfin, beaucoup de Sociétés de secours mutuels versent au médecin 3 fr. par an et par membre — peut-on espérer que ce chiffre, prévu pour des agglomérations qui n'exigent pas de déplacement du médecin, suffira lorsque celui-ci devra aller dans les campagnes, dans des hameaux, et des fermes écartées ?

Il faut compter, par inscrit et par an, au moins 4 fr. pour le médecin, 2 fr. pour le pharmacien (quoique M. Lesouëf dise 3 fr. 44), 2 fr. 25 pour l'hospitalisation et 1 fr. pour les frais accessoires, soit un total de 9 francs.

Si donc on accepte le chiffre de 2.300.000 indigents indiqué par la commission, on arrive à 21.000.000 en chiffre rond.

Mais ce chiffre n'effraie pas M. Martin :

L'application de la loi coûtera donc de 21 à 23.000.000 au lieu de 8. Voilà ce qu'il serait puéril de nier. Il vaut mieux le dire dès le début, pour ne pas s'exposer à des déceptions.

Si grand que soit le sacrifice, il s'impose et je voterai la loi, bien qu'elle doive coûter 23.000.000. Ce sera de l'argent bien employé.

M. Loubet qui, comme Ministre, a attaché son nom au projet de loi, croit devoir défendre le chiffre de 8.000.000. Il constate que les dépenses pour les 44 départements où existe un service

d'assistance, ne dépassent pas 2.314.000 francs et il ne comprend pas comment l'extension de ce service aux autres départements pourrait coûter plus cher. D'ailleurs la proportion de 6,4 % d'indigents par rapport à la population lui paraît exagérée: en Angleterre il n'est que de 2,7 à 3 %, en Allemagne de 3,2 %. Même avec les dépenses que comporte l'amélioration du service d'assistance, le chiffre de 8.000.000 doit être considéré comme un maximum qui ne sera probablement pas atteint.

M. Hervé de Saisy croit que l'évaluation moyenne de M. Lesouëf est la plus exacte et qu'il y a lieu de s'y rallier.

Mais, dit l'honorable sénateur, mieux inspiré que dans une circonstance que nous connaissons, dût ce chiffre être de beaucoup dépassé, dût-il s'élever même au-dessus des 23.000.000 qui forment le chiffre énoncé par M. F. Martin, je ne puis concevoir aucune hésitation en présence de l'accomplissement nécessaire d'un devoir d'humanité.

Non, dans cette œuvre tutélaire qui tend la main à un si grand nombre de malheureux, rien ne doit nous arrêter.

Quelles que soient les appréciations différentes que l'on puisse formuler, il y a malheureusement une réalité incontestable, dont la plupart de nous sont journellement témoins et que j'ai constatée bien des fois: c'est l'absence absolue d'assistance médicale pour les malades indigents dans une grande partie de la France.

Ces paroles devaient rencontrer sur les bancs du Sénat une approbation presque unanime et le passage à la discussion des articles a été voté.

Et maintenant que dirons-nous de cette discussion ?

Nous n'avons plus à donner notre appréciation sur la nécessité du vote de la loi, mais nous pouvons dire notre opinion sur le chiffre probable de la dépense.

C'est incontestablement M. F. Martin qui est dans le vrai.

On ne peut pas supposer que l'exploitation du médecin — système qui règne en maître actuellement dans les départements pourvus d'un service d'assistance — pourra continuer, bien plus, pourra se généraliser. Il faut que le médecin reçoive une indemnité suffisante et non plus cette aumône déguisée, qui ne sert qu'à lui enlever aux yeux de certains le bénéfice de son dévouement.

On peut lui donner 4 fr. et même plus, il fera encore à lui seul plus que tous réunis, car il paiera de sa personne, et c'est sur lui seul que reposera tout ce service à l'organisation duquel la loi lui accorde si peu de place.

Voix consultative lors de l'établissement des listes d'indigents, lesquelles listes seront arrêtées dans une réunion où nous n'aurons pas même le droit d'assister — voilà ce qu'on nous octroie. Mais, c'est entrer dans l'examen des divers articles du projet et nous réservons ce sujet pour un prochain numéro.

A. Gassot.

BULLETIN DES SYNDICATS

La prochaine réunion du Bureau de l'Union aura lieu le dimanche 9 avril, à 9 heures du matin.

Paris, le 9 mars 1893.

L'Union des Syndicats médicaux de France,

Considérant que le projet de loi sur l'Assistance publique a pour but de faciliter le traitement des malades indigents, en assurant aux médecins chargés du service, une indemnité à laquelle contribueront la commune, le Département et l'Etat :

Considérant que le législateur doit, par humanité, et en même temps pour l'économie des deniers publics, désirer que soient inscrits sur la liste *tous les indigents*, mais *seulement les indigents* ;

Considérant que dans chaque commune, le médecin est, de par sa situation, le mieux à même de donner des renseignements précis, et que son intérêt s'accorde parfaitement avec l'esprit de la loi, tous les indigents devant être inscrits et non ceux qui peuvent rémunérer le médecin de ses soins ;

Considérant que la liste des indigents est dressée dans chaque commune par le Bureau d'Assistance ;

Considérant qu'on ne peut prétendre qu'il y ait opposition entre la situation de médecin des indigents et celle de membre du Bureau d'Assistance, puisque les indigents auront le plus souvent le libre choix de leur médecin (1) et que l'examen des visites médicales est confié à une commission spéciale, indépendamment du Bureau d'Assistance ;

Considérant que les médecins sont unanimes à réclamer leur introduction dans les commissions d'assistance *avec voix délibérative* ;

Considérant que d'aillleurs cette disposition existe à la satisfaction de tous, dans plusieurs départements, notamment dans la Loire-Inférieure, la Vienne, l'Indre-et-Loire, etc. ;

Emet le vœu :

Que les amendements suivants au projet de loi sur l'Assistance publique soient votés par le Sénat :

Amendement à l'article 10 : « Le médecin du service d'assistance ou un délégué des médecins de ce service fait partie du bureau d'Assistance établi dans chaque commune. »

Amendement à l'article 12 : « Tous les médecins du service d'Assistance, le percepteur et un des répartiteurs désignés par le Préfet, assistent à la séance avec voix consultative. »

Pour le Bureau de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Signé :

Le Président, Dr L. Porson, *Le Secrétaire Général*, Dr Hervouet.

Nous avons dit, dans notre dernier n°, que la demande de l'*Union*, formulée dans les mêmes termes que celle du *Concours médical*, avait été soutenue par un amendement de MM. Cornil et Lourties et que cet amendement avait été retiré sur la promesse formelle de M. H. Monod que les médecins auraient le droit d'assister, *avec voix consultative*, aux commissions d'assistance, en vue de dresser les listes des indigents.

A. C.

Paris, le 9 mars 1893.

L'Union des Syndicats médicaux de France,

Considérant que la Chambre des députés vient d'adopter l'augmentation de la patente afférente à la profession de médecin, en décidant que le droit proportionnel serait du douzième de la valeur locative lorsque le montant des loyers serait supérieur à 3,000 fr. à Paris, et 2,000 fr. dans les villes de 100,000 habitants ;

Que de toutes les professions libérales celle des médecins devrait d'autant moins être l'objet d'une

(1) Système Vosgien (libre choix du médecin et rémunération de celui-ci à la visite), préconisé dans les projets de loi déposés à la Chambre des députés et au Sénat, et par le Conseil supérieur de l'Assistance publique.

aggravation de charges, qu'ils sont les auxiliaires les plus dévoués et les plus précieux de la charité publique et privée;

Que traiter ainsi une catégorie limitée de contribuables, c'est lui appliquer un *régime d'exception*, aucune loi n'ayant jusqu'ici inauguré le système de *l'impôt progressif*;

Emet le vœu,

Que le Sénat revise la loi adoptée par les Chambres, en maintenant le *statu quo* quant à la patente des médecins.

Pour le Bureau de l'Union des Syndicats médicaux de France,

Le Président,
Dr L. Porson.

Le 13 mars, au Sénat, nous avons appris, par M. *Cornil*, que la demande de l'*Union* était agréée par la Commission des patentes, grâce à l'intervention de M. *Trarieux*.

A. C.

Syndicat des Deux-Sèvres.

Bureau.

Président : M. le Dr Pillet, *de Niort*.
Vice-Président : M. le Dr Largeau, *de Niort*.
Secrétaire : M. le Dr Roulland, *de Niort*.
Trésorier : M. le Dr Mayet, *de Niort*.

Membres.

Arrondissement de Niort.

MM. Eymer, Fayard, Piotay, Puyleblanc, Quiremant, Solon, Béranger, *Niort*. — Pellevoisin, *Beauvoir*. — Senoble, *Champdeniers*. — Martineau, *Coulanges*. — Gandouet, *Frontenay-Rohan-Rohan*. — Dupont, *Saint-Hilaire la Palud*. — Ginestet, *Prahecq*. — Birthet, *Saint-Maixent*. — Vandier, *la Crèche*. — Brangier, *Echiré*. — Varaillon, *Chevreuse*.

Arrondissement de Bressuire.

MM. Bénard, Lecointre, *Bressuire*. — Guinebertière, *Cerizay*. — Baudry, *La Forêt-sur-Sèvre*. — Mosnay, *Saint-Varent*. — Escure, *Les Aubiers*.

Arrondissement de Melle.

MM. Gaud, *Melle*. — Gille, *Briouse*. — Rabée *Chizé*. — Héliot, *Chef-Boutonne*. — Bayoux, *Lezay*. — Nicoulleaud, *Lezay*. — Good, *La Mothe Sainte-Héraye*. — Boudard, *Sauzé-Vaussais*. — Gerbier, *Celles*. — Blanchet, *Pamprouse*.

Arrondissement de Parthenay.

MM. Gaillard, Marion, *Parthenay*. — Verlet, *Vasles*. — Brangier, *Vautebis*. — Richard, *l'Absie*. — Hay-Margirandière, *La Chapelle-Saint-Laurent*.

Le Syndicat médical des Deux-Sèvres est adhérent à l'Union des syndicats depuis le 1er janvier 1893.

Syndicat de Bastia.

Voici la liste des membres de Bastia, nouvellement adhérents à l'Union ; la liste du Bureau a été insérée précédemment (no du 4 mars).

MM. les Drs Pettiferrandi, Ramaroni, Cristofari, Felici, Filidori, Agostini (Jacques), Agostini (Jean-Baptiste), Negtoni, Nicolaï, Morucci, Marchesi, *à Bastia*. — M. le Dr Durazzo, *à Centuri*.

Syndicat de Belfort.

Le Syndicat de Belfort vient de faire adhésion à l'Union pour l'année 1893. Sur 21 médecins que comprend le territoire de Belfort, 15 font partie du Syndicat.

Bureau.

Président : Dr Nidergang, *à Belfort*.
Secrétaire-Trésorier : Dr Bardy, *à Belfort*.
Assesseur : Dr Benoit, *à Giromagny*.

Membres.

MM. les Dr Duvernoy, Dr Rubendorf, Dr Luc, *à Belfort*. — Dr Lorber, Dr Julg, *à Beaucourt*. — Dr Taufflieb, *à Giromagny*. — Dr Em. Lorber, *à Fesches-le-Châtel* (Doubs). — Dr Grisez, député du Haut-Rhin, *à la Chapelle-Rougemont* (Haut-Rhin). — Lamy, *à Foussemagne*. — Clément, *à Montreux-Château*. — Dr Gromier, Dr Poirrier, *à Delle*.

Syndicats en formation.

Le mouvement Syndical ne se ralentit pas. On nous signale des tentatives de formation de Syndicats à Nice, à Saint-Jean-d'Angély, dans les Pyrénées-Orientales. A bientôt l'annonce de leur constitution définitive.

Union des Syndicats.

Le Trésorier de l'Union des Syndicats a encaissé les sommes de 30 francs (cotisation du Syndicat de Belfort) et de 86 francs (cotisation du Syndicat des Deux-Sèvres).

REPORTAGE MÉDICAL

A notre vif regret, il nous a été impossible d'assister, le 13 mars, au banquet offert, à M. Dujardin-Beaumetz par ses élèves et par ses amis. Nous nous faisions un devoir de prendre part à cette fête qui réunissait un grand nombre de nos amis. Ils nous ont dit la cordialité qui a caractérisé cette solennité. Le Banquet a été suivi d'un brillant concert et des toasts très applaudis ont traduit les sentiments d'estime qui animaient tous les convives, envers le maître aimé de tous. Il conservera, comme tous les assistants, le souvenir de cette belle soirée.

— *Pénurie de médecins dans les campagnes.* — Dans un village de Bretagne, se déclarait il y a quelque temps une épidémie de scarlatine, qui causa 11 décès sur 58 malades atteints. Cette mortalité considérable est due, d'après l'enquête, à l'absence presque complète de soins médicaux. Le médecin le plus près se trouvant à une distance de 4 lieues, les habitants de cet endroit préféraient s'adresser aux rebouteurs, qui, naturellement, ne se mettaient pas en peine de faire de l'isolement et de l'hygiène prophylactique. Cet exemple montre, une fois de plus, combien il est important pour la santé publique que les médecins puissent être moins loin les uns des autres, dans certaines régions ; mais il faudrait pour cela que les médecins pussent vivre honorablement de leur profession, ce qui leur sera certainement plus facile lorsque l'exercice illégal de la médecine sera sévèrement puni, lorsque la loi sur l'assistance médicale gratuite sera votée, loi qui garantit aux médecins, dans une certaine mesure, des honoraires pour les visites faites aux indigents, lorsque les médecins, même résidant dans une commune pourvue d'un pharmacien, pourront fournir les médicaments aux malades habitant à une certaine distance.

— M. le Dr Ball, membre de l'Académie de médecine, professeur de clinique des maladies mentales à l'asile Sainte-Anne, vient de mourir des suites d'une longue maladie qui, depuis longtemps, ne lui permettait de faire ses leçons que d'une façon intermittente et pénible, et le tenait même depuis un an complètement éloigné de sa chaire. Il a laissé un grand nombre de travaux, d'un style facile et élégant.

— *Académie de médecine de New-York.* — Mistress Mary Putnam a été élue présidente de la section neurologique de l'Académie de médecine de New-

York. C'est la première doctoresse appelée par le suffrage universel à présider une société savante.

— Nous venons de lire, avec un très vif intérêt un ouvrage de notre confrère le Dr Julien Pioger, d'Asnières, ouvrage édité par F. Alcan.

Le monde physique,

Essai de conception expérimentale.

Nous félicitons vivement notre très distingué et sympathique confrère, de consacrer ses très rares loisirs, à la solution des plus hautes conceptions philosophiques.

Nous espérons bien qu'il rencontrera, parmi nos lecteurs, nombre d'esprits en état de comprendre et d'apprécier le grand mérite de ses idées sur la *Connaissance*, la matière, la théorie atomo-mécanique et infinitesimale, le solidarisme ; la synthèse cosmique, physique, chimique ; la philosophie expérimentale ; la création naturelle et spontanée et sur la conclusion de l'œuvre :

La solidarisation est la condition d'existence de tout ce qui est.

— *L'hygiène des officines de coiffeurs.* — A la Société dermatologique de Berlin, on s'est occupé des dangers de contagion de certaines maladies par les rasoirs, peignes, ciseaux et autres ustensiles des coiffeurs. Le Dr Kobner est d'avis que les coiffeurs savonnent les clients avec leurs doigts, comme cela se fait encore dans certains endroits, que le pompon à poudre soit remplacé par un insufflateur, et que les clients apportent avec eux la brosse et le peigne dont ils se servent journellement.

M. Ledermann déclare que des recherches expérimentales faites au laboratoire de M. Fraenkel lui ont prouvé que, pour être à peu près inoffensifs, les ciseaux et les rasoirs doivent être enveloppés dans des compresses trempées dans l'alcool; les peignes peuvent se conserver dans l'ammoniaque; enfin les brosses, après avoir servi, doivent être plongées dans une solution de solutol.

— *Subventions à des établissements d'assistance publique.* — Le pari-mutuel doit toujours fonctionner avec activité.

Voici, en effet, les sommes provenant de cette source qui viennent d'être distribuées :

Au dispensaire gratuit de la rue Oudinot, 50,000 francs ;

A l'Académie de médecine, pour la propagation de la revaccination, 20,000 francs;

A la maison maternelle de la rue Fessart, 5,000 francs ;

A la maison hospitalière de la même rue, 20,000 francs ;

A la crèche et au dispensaire laïques du quartier de la Maison-Blanche, 40,000 francs ;

A l'œuvre des enfants tuberculeux de Villiers-sur-Marne, 130,000 francs ;

A la ville de Belfort, pour construction d'un hôpital, 500,000 francs ;

A la ville de Florac (Lozère), pour création d'un hospice-Hôpital, 240,000 francs ;

A la ville de Bergerac, pour achèvement de l'hôpital civil et militaire, 180,000 francs ;

A la ville de Bar-le-Duc, pour création d'un hospice de vieillards, 150,000 francs ;

Au département de Seine-et-Marne, pour création d'un asile de vieillards et d'incurables, 80,000 francs ;

Pour création d'un hospice de vieillards à Bruyères (Vosges), 40,000 francs ;

A l'hospice de Melun, 15,000 francs ;

A l'orphelinat du Caire, 40,000 francs ;

Pour dépenses de l'épidémie cholériforme, 50,000 francs ;

Aux hospices de Montpellier, 15,000 francs.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3784. — M. le Dr Cornet, à Marennes (Charente-Inférieure), présenté par M. le Directeur.

N° 3785. — M. le Dr Veillard, à Mœung-sur-Loire (Loiret), membre du Syndicat du Loiret, présenté par M. le Dr Gassot.

N° 3786. — M. le Dr Poussié, à Onzain (Loir-et-Cher), membre de l'Association des médecins du Loir-et-Cher.

N° 3787. — M. le Dr Mounier, à la Ferté-St-Aubin (Loiret), membre du Syndicat du Loiret, présenté par M. le Dr Gassot.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Gainet, de Pont-de-Roide (Doubs), et de M. le docteur Castaigna, de Bordeaux, membres du Concours médical.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'École de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

Viennent de paraître :

Détermination pratique de la réfraction oculaire par la kératoscopie ou skiascopie. — Application à l'examen des conscrits, par le Dr Billot, médecin-major de 1re classe. — Un volume de la *Petite encyclopédie médicale*. Prix, cartonné à l'anglaise, fer spécial, **3** francs. et expédition *franco* contre un mandat de **2** fr. **40.**

La skiascopie est, comme on le sait, une méthode objective nouvelle qui permet de déterminer avec une approximation de un quart de dioptrie la réfraction oculaire. On pourrait même dire qu'elle fait voir les différents états de la réfraction, car il suffit avec elle d'ouvrir les yeux et de regarder. Elle décèle et rend manifestes les différences de réfraction des divers méridiens de l'œil avec une sûreté et une facilité surprenantes. Avec elle la constatation et la mesure de l'astigmatisme ne sont, on pourrait dire, qu'un jeu, car, avec elle, l'astigmatisme, si léger qu'il soit, devient apparent, visible, de même que sa correction se fait d'une manière apparente et visible.

Mais tous ceux qui ont traité jusqu'ici ce sujet ont joint à leur exposition trop de conceptions théoriques. C'est ce qu'a voulu éviter M. Billot en écrivant ce petit livre qui s'adresse surtout aux praticiens, à ceux qui ne veulent que des faits acquis, certains, et ne se préoccupent pas outre mesure des théories que l'on a édifiées pour expliquer ces faits. On n'y trouvera donc aucune théorie ; mais seulement un exposé net et très clair de la pratique de la Skiascopie, avec les conséquences qui en découlent au point de vue de la réfraction.

Les médecins militaires, pour lesquels il a surtout été écrit, le consulteront avec fruit et en tireront le plus grand avantage au double point de vue de la sûreté et de la rapidité de leurs examens de réfraction.

De même aussi les praticiens qui ne sont pas habitués soit à l'image droite, soit aux différents procédés qui demandent un exercice continu, verront avec quelle facilité ils pourront déterminer exactement la réfraction par la Skiascopie, s'ils veulent suivre exactement les indications qu'ils trouveront longuement développées dans cet ouvrage.

L'Hygiène des Fiancés, par le Dr Jacques Nattus. — Un volume in-18 raisin de la *Petite Encyclopédie médicale*, cartonné à l'anglaise, fer spécial. Prix, *franco*, contre mandat............... **3** fr.

Ce nouveau livre tient les promesses de son titre suggestif. Quand ils l'auront ouvert, bien peu le fermeront avant de l'avoir suivi de la première à la dernière ligne. La correcte harmonie de sa langue, la sagesse des reflexions et des préceptes présentés sous une forme fantaisiste et singulièrement originale, font de sa lecture un plaisir attrayant pour l'esprit, un enseignement solide pour la raison. La clarté de l'exposition n'est pas une de ses moindres qualités.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année **N° 13** 1er Avril 1893

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LETTRE MINISTÉRIELLE

Au moment de mettre sous presse, nous informons nos lecteurs que le *Président de l'Union des Syndicats* vient de recevoir la réponse du Ministre de la guerre, réglant définitivement les conditions de l'*exercice de la médecine civile par les médecins militaires*, et donnant complète satisfaction à nos revendications.

L'Association générale des médecins de France tiendra son *Assemblée annuelle*, le dimanche 9 avril, à 2 heures. Le soir, banquet au Continental ; le lundi deuxième séance à 2 heures.

Le *Comité directeur de la Caisse des pensions de retraite* se réunira en séance statutaire, le samedi soir, 8 avril ; le *dimanche*, à 5 heures, aura lieu l'*Assemblée générale des adhérents de la caisse*, chez le secrétaire général Dr *Delefosse, 22, place Saint-Georges*.

Séance du Bureau de l'Union du 9 avril.

Ordre du jour :

1° Lecture du procès-verbal de la séance du 15 janvier ;
2° Création de nouveaux syndicats médicaux. Adhésions à l'Union. Relations de l'Union avec les Syndicats ;
3° Exercice de la médecine civile par les médecins militaires.
4° Assistance des indigents. Loi en préparation;
5° Société de secours mutuels ;
6° Service militaire des étudiants en médecine ;
7° Démarches pour obtenir la réduction sur les chemins de fer pour les membres du Bureau et les délégués de l'Union ;
8° Patente des médecins ;
9° Exercice de la médecine sur les frontières.

Le *Conseil de Direction* du Concours médical se réunira le lundi 10 avril, à 9 heures du matin, au Bureau du journal.

ORDRE DU JOUR : *Indemnité de maladie.*

LA SEMAINE MÉDICALE

De la contagiosité des oreillons.

Les récentes observations de M. le Dr *Comby*, les recherches bactériologiques de M. *Laveran* ont remis sur le tapis la discussion des complications et de la contagiosité des oreillons ; M. *Rendu*, à la Société médicale des Hôpitaux, a rapporté des cas extrêmement intéressants de contagion à brève échéance de l'infection ourlienne. Ces discussions, plus ou moins bien résumées dans la presse extra-médicale, ont même ému les maîtres de l'Université et provoqué, de la part du Vice-Recteur de Paris, une lettre à l'Académie de médecine, demandant ce que ses membres pensaient de l'isolement et de la durée indispensable de l'éloignement des enfants des écoles atteints d'oreillons. Il est certain que la question est intéressante ; mais l'on peut s'étonner que dans les écoles, on y attache autant d'importance. Même d'après le livre de M. Comby, on peut dire que les oreillons sont peu graves chez les enfants et que la question n'est véritablement importante que pour les jeunes gens, surtout de 18 à 25 ans.

M. Rendu a montré que la contagiosité des oreillons peut être très intense ; car dans un cas, une dame ayant rendu visite à une autre personne qui était simplement mal à l'aise et en incubation d'oreillons, en fut atteinte elle-même quelques jours après ; d'autre part, les contagions après la convalescence de la maladie paraissent rares. C'est, comme pour la rougeole, dans la période d'incubation et d'invasion que la contagiosité paraît être le plus considérable.

Que conclure, en somme, de la discussion ? Les malades atteints d'oreillons doivent être isolés comme par le passé ; mais une fois la fluxion ourlienne terminée, ils peuvent reprendre la vie commune, sans danger de contagion. D'autre part, quand une personne aura eu quelques heures seulement de contact avec un malade notoirement en puissance d'oreillons, c'est-à-dire quand, après ce contact, on s'apercevra que le malade est atteint d'oreillons, on fera bien de *mettre en observation* cette personne pendant une période de 8 à 10 jours. L'isolement serait excessif, croyons-nous, en pareil cas.

La suggestion à l'état de veille.

Nous n'avons pas encore relaté l'observation extraordinaire publiée par notre éminent ami et président d'honneur, le Dr *Gibert*, du Havre, au sujet de l'influence possible de la suggestion à l'état de veille sur les productions pathologiques organisées. Une autre observation, que nous envoie un membre du Concours, M. le Dr *Pineau*, d'Oléron, nous paraît susceptible d'être rangée dans le même ordre de faits et nous rapprochons l'une de l'autre les deux histoires résumées.

Voici le fait de M. Gibert :

« Un jeune garçon de 13 ans a les deux mains couvertes d'une multitude de verrues, qui ne laissent pas à la face dorsale un seul interstice de peau saine.

En présence de M. P. Janet et de plusieurs médecins, M. Gibert prit l'enfant par les deux mains, puis fixant les yeux du sujet, il lui demanda à haute et forte voix : « Veux-tu être guéri ? »

« Comme il me répondait mollement, dit M. Gibert, j'imprimai à plusieurs reprises la question dans son cerveau en la répétant avec une certaine violence, jusqu'à ce qu'il me répondit avec un accent de conviction : « Oui, monsieur, je veux être guéri. » Alors, dis-je, prends garde ! Je vais te laver avec de l'eau bleue, mais si dans 8 jours tu n'es pas guéri, je te laverai avec de l'eau jaune. — « Cécile, apportez-moi de l'eau bleue. » Puis, je lui badigeonnai les mains avec une eau quelconque légèrement bleuie et je l'essuyai avec soin. »

Huit jours après, les verrues avaient complètement disparu, sauf 2 ou 3. Une nouvelle séance eut lieu, accompagnée de vifs reproches de ce que toutes les verrues n'avaient pas disparu. Cette fois, on badigeonna les mains avec de l'eau jaune, ce qui procura au sujet une douleur imaginaire de vive brûlure.

Quelques jours après, les dernières verrues avaient totalement disparu, et la peau avait partout repris son aspect normal.

M. le Dr Pineau rapporte le fait suivant :

« Je soignais dans un orphelinat, une fillette de 11 ans qui allait faire sa 1re communion. *Dix-huit mois* auparavant elle avait été mordue, au niveau du tendon du jambier antérieur par un chien ; la gaîne synoviale avait été atteinte, et, comme elle était très strumeuse, une fistule à triple orifice s'était établie, sur une longueur de 5 cent., qui ne finissait pas de guérir. En vain avais-je essayé les injections détersives, la compression, les applications résolutives, stimulantes, le repos, à l'intérieur l'huile de morue, l'iodure de fer, le phosphate de chaux, les orifices se fermaient, se rouvraient, c'était toujours à recommencer.

Comme sa 1re communion approchait, un matin, je dis, à brûle-pourpoint : « Si, dans 8 jours, cette insupportable plaie n'est pas guérie, je la débride au bistouri et la brûle, il faut en finir !.... » J'avais dit cela sans aucune arrière-pensée, décidé à le faire comme je le disais, et n'espérant point plus en la semaine qui commençait qu'en les semaines passées... Quelle n'est pas ma grande surprise, 8 jours après, en sortant ma trousse de poche, de voir que 2 des 3 pertuis étaient taris et que le 3e suintait à peine... Je fis encore crédit d'une semaine, rengainai bistouri et sonde cannelée et, *en 15 jours*, la guérison était complète et s'est maintenue depuis.

J'ai su, peu après, que cette enfant très pusillanime, sachant bien que les religieuses ne mettraient aucune entrave à mon intervention; stimulée, au reste, par le vif désir de ne pas

FEUILLETON

La Dépopulation française.

Nous avons donné pour titre à notre travail : *Dépopulation française* ; le recensement de 1891, qui vient d'être publié, nous la montre avec tout ce qu'elle a d'effrayant pour l'avenir.

Nous allons comparer ce recensement à ceux qui l'ont précédé.

En 1876.....	36.906.900	habitants.
En 1881.....	37.672.000	—
En 1886.....	38.219.000	—

Soit une augmentation de 600,000 âmes environ dans chaque période quinquennale.

Le recensement de 1891 ne donne, pour la même période, qu'une augmentation de 200,000 ; c'est le chiffre le plus faible qui ait été constaté en temps de paix. Si l'on tient compte des étrangers qui viennent chaque année plus nombreux en France, Belges au Nord, Italiens au Midi, au nombre de plus de 1 million, formant au moins le 30e de la population, on verra que la race française a cessé de s'accroître. Encore un recensement ou deux, et l'excédent des décès sur les naissances sonnera son glas.

En effet, ces peuples représentent déjà le 1/7e de la population travailleuse, et leur salaire s'élève à plus de 1 milliard.

On ne saurait revenir trop souvent sur ces questions de dépopulation, car il n'y en a pas de plus importante pour la prospérité de notre pays dans l'avenir. Le chapitre de la *Démographie comparée* est une page capitale dans l'histoire politique du monde ; c'est là que sont inscrites les destinées futures de chaque peuple, surtout de ceux qui ne font rien pour expulser les maladies évitables.

Hélas ! nous faisons triste figure dans la nomenclature de la *Démographie comparée*, car l'excédent des naissances sur les décès, qui est de 10 pour 1,000 en Angleterre, de 11 en Prusse, de 10 en Allemagne et de 13 en Russie, ne donne qu'un accroissement de 1,19 en France ; notre accroissement est donc de beaucoup inférieur à celui des grandes puissances de l'Europe. La France, qui, en 1700, tenait le premier rang parmi ces contrées pour la population, la vieille France s'en va, et, vers le milieu du siècle prochain, elle restera dans une grande infériorité politique, avec 45 millions d'habitants, tandis que, pour ne parler que de la Triple Alliance, l'Allemagne en aura 100 millions, l'Autriche, 90, et l'Italie, 50. Cependant notre mortalité générale n'a rien d'alarmant ; en 1781, elle était de 35 pour 1,000 ; aujourd'hui, elle n'est plus que de 23,6 pour 1,000, c'est-à-dire inférieure à celle de l'Allemagne, qui est de 25 pour 1,000.

La durée moyenne de la vie s'est accrue dans

voir sa 1re communion renvoyée à l'année suivante, s'était tout à coup trouvée dans des conditions morales toutes différentes, qui, sans doute, avaient modifié complètement le courant de l'influx nerveux dans un sens avantageux pour la guérison de la fistule. »

Nous donnons ces faits pour ce qu'ils valent sans conclure ; nous croyons qu'il en est de cela comme des miracles : il faut avoir la foi du charbonnier.

La logique, la raison, ne peuvent admettre des choses semblables. Nous nous en remettons pleinement au témoignage de M. Gibert et de M. Pineau.

De l'extraction de la dent de six ans.

La dent de six ans est la première grosse molaire. Quand doit-on l'extraire, en cas de carie? Vaut-il mieux la conserver ? M. le Dr *Marchandé* nous donne à ce sujet les conseils suivants :

Il est préférable d'attendre pour extraire cette dent, quand elle est cariée, que la seconde grosse molaire fasse son apparition, c'est-à-dire vers l'âge de onze à treize ans ; et en voici les raisons :

1° Il est difficile de conserver intacte la forme et la direction de l'articulation temporo-maxillaire ; car cette dent de six ans est le seul point d'appui réel des mâchoires pendant le remplacement des autres dents. Si on supprime ce point d'appui, les dents, qui sortent, sont vouées à remuer jusqu'à ce qu'elles retrouvent un point de contact. De plus, les racines se déplaçant moins que les couronnes, le rapport des surfaces triturantes se trouve changé, et une grande partie des surfaces antagonistes de mastication se trouve perdue. Ajoutez à cela que les alvéoles des dents voisines se résorbent partiellement, ce qui est une cause d'ébranlement pour ces dernières, et que les dents antagonistes, manquant de point d'appui, finissent par s'allonger et par tomber.

2° Au point de vue esthétique, cette dent occupe une position telle que, si l'on vient à l'enlever, les mâchoires se resserrent, le nez et le menton se rapprochent davantage qu'ils ne le feraient après l'extraction de quatre ou six autres dents.

RHINOLOGIE PRATIQUE

Abcès du sinus maxillaire.

S'il est une affection dont la plupart des médecins aient rarement entendu parler, c'est bien l'*abcès* ou *empyème du sinus maxillaire.* En effet, si l'on cherche quelques renseignements sur cette question dans les livres de pathologie ou de clinique chirurgicale, on constate qu'il n'y a le plus souvent que quelques lignes consacrées à cette affection, très rare, disent les auteurs. Ce n'est pas l'avis des médecins s'occupant spécialement des affections du nez ; et, depuis 7 à 8 ans, il a paru dans les journaux de rhinologie, de nombreux travaux qui ont prouvé, que, pour être méconnu, l'empyème du sinus maxillaire n'en était pas moins fréquent.

Avant d'aborder l'étude de cette affection, nous allons rappeler brièvement la *conformation anatomique* de cette cavité. Le sinus maxillaire, ou antre d'Highmore, est une cavité de forme pyramidale, située dans l'épaisseur du maxillaire supérieur, au-dessous de l'orbite, au-dessus de l'arcade dentaire supérieure ; par sa face interne, il est en contact avec les fosses nasales, au niveau des méats moyen et inférieur. Son volume est variable et proportionnel à la saillie de la pommette.

---

notre pays ; elle est de 34,2 pour les hommes et de 37,3 pour les femmes.

En général, les grandes causes de la dépopulation dans la moitié des départements sont : le nombre des morts-nés, le grand nombre de ceux qui succombent la première année, et la diminution de la natalité.

En 1888, 1,800,000 Allemands sont venus au monde contre 900,000 Français seulement. Si les choses continuent, dans vingt ans, l'armée allemande sera le double de l'armée française.

Bien que la population de la France n'ait pas sensiblement varié, il s'est produit, dans la dernière période quinquennale, une augmentation sensible des grandes villes : Paris a augmenté de 167,000 habitants, Reims a augmenté de 15,000 et passe parmi les villes de plus de 100,000 habitants.

Ces villes sont au nombre de douze : Paris, Lyon, Marseille, Bordeaux, Lille, Toulouse, Nantes, St-Etienne, Le Havre, Rouen, Roubaix, Reims. Les villages et les petites villes ont dû subir, par conséquent, une diminution correspondante.

Ainsi, la Haute-Saône, qui, en 1852, comptait 347,409 habitants, n'en avait déjà plus, en 1886, que 290,954, et, comme le dernier recensement accuse une perte de 10,500, la population de notre département est réduite à 280,400 individualités environ, soit, en quarante ans, une diminution de 67,000 personnes, et annuellement une perte sèche de 1,675.

Il s'agit donc de travailler énergiquement au relèvement de notre situation démographique et d'en signaler les causes connues.

Le 14 juin dernier, M. Jules Simon, en présidant, dans le palais des arts libéraux, l'exposition de l'hygiène de l'enfance, racontait qu'un jour, à Berlin, un député disait à la tribune : « Ne vous préoccupez pas de la France, elle perd tous les ans une bataille. » Cette bataille, c'est le sacrifice inutile de l'existence de ses enfants, en conservant le privilège de certaines maladies évitables.

Les Allemands ont, en effet, extirpé de leurs pays trois maladies terribles ; ils ont, ainsi que les Anglais, marché à pas de géants dans la voie des réformes hygiéniques.

Ces maladies expulsées sont :

1° La fièvre typhoïde, en faisant distribuer partout de l'eau potable, en se constituant un sol salubre par une bonne canalisation ; 2° La variole, en établissant la vaccine obligatoire ; 3° La rage, en imposant la muselière à tous les chiens.

Voilà un bel exemple qui nous est donné par l'étranger. Quant à nous, nous nous préparons, après dix ans de réclamations et de protestations, à faire disparaître la fièvre typhoïde, en dotant quelques villes seulement d'eau pure ; nous laissons errer nos chiens sans muselière, pour avoir sans doute la consolation de nous faire guérir scientifiquement à l'Institut Pasteur.

Le sinus communique avec l'extérieur par un orifice situé sur sa face interne, à la partie supérieure, et s'ouvrant dans le méat moyen ; il est généralement très étroit, et difficilement accessible à l'exploration. La muqueuse pituitaire se prolonge dans son intérieur, et le tapisse entièrement.

Ses parois sont formées de tissu compact et offrent peu d'épaisseur, exception faite du bord alvéolaire formé de tissu spongieux et beaucoup plus épais. La paroi supérieure qui forme le plancher de l'orbite est extrêmement mince et peu résistante ; du côté des fosses nasales, la résistance est plus grande ; enfin, notons que les racines dentaires des petites et grosses molaires arrivent souvent à une très courte distance de la cavité du sinus.

Plusieurs nerfs (sous-orbitaire, dentaire antérieur, dentaires postérieurs), sont généralement logés dans des gouttières creusées sur les parois, et se trouvent par suite directement en contact avec la muqueuse du sinus.

Les malades atteints d'empyème du sinus maxillaire sont le plus souvent, dit le Dr Lermoyez (1), adressés par des confrères qui les considèrent comme atteints seulement de coryza chronique : ce sont presque toujours des malades méconnus. Il y a, en effet, peu de temps que cette maladie est bien étudiée, et l'*historique* en est assez bref. Non pas que ces abcès fussent complètement inconnus ; car au 18e siècle, Allouel père et Jourdain, les diagnostiquaient et les ouvraient ; mais il ne s'agissait que des abcès aigus, à grand fracas, relativement rares. C'est à Ziem, de Dantzig, que revient l'honneur d'avoir découvert, en 1886, l'empyème latent du sinus maxillaire, maladie très fréquente, puisque un rhinologiste, Gradenigo (1), a trouvé sur 100 cadavres d'individus n'ayant présenté aucun symptôme gênant pendant la vie, 18 fois la lésion.

L'*étiologie* des abcès de l'antre d'Highmore est élucidée en partie, mais non complètement. Pour quelques auteurs, ils sont toujours d'origine dentaire (G. Scheff (2). Pour d'autres, au contraire, l'origine dentaire est inadmissible, car l'empyème des sinus frontaux et ethmoïdaux serait inexplicable (Grünwald (3). La vérité est certainement entre ces deux opinions extrêmes : les observations recueillies mettent hors de doute ce fait que des lésions dentaires ou des extractions dentaires mal faites sont souvent la cause déterminante des abcès du sinus maxillaire. Mais cela ne veut pas dire que cette cause soit la seule. Tous les processus infectieux aigus peuvent toucher les sinus et déterminer des affections, ou passagères, ou chroniques. Le Dr Tissier (4) a cité une observation où la collection purulente du sinus avait été causée par l'influenza. On a également cité un cas d'empyème tuberculeux à la suite de la tuberculose du pharynx (soc. de laryng. de Berlin, nov. 1892.) Grünwald (5) put constater l'infection par le microbe d'un érysipèle migrateur qui détermina un empyème double des sinus. On peut trouver ainsi des analogies certaines entre les pleurésies et les sinusités purulentes. Mais ce qui rendrait la comparaison encore plus frappante, c'est le résultat du traitement, certains empyèmes du sinus tendant à guérir par une ponction, tandis que d'autres sont très tenaces (Dr Tissier).

(1) Diagnostic des abcès du sinus maxillaire, clinique du Dr Lermoyez. *Semaine méd.*, n° 7, 1893.

(1) *Sem. méd.*, loco citato.
(2) *Annales des mal. de l'oreille, du larynx, etc.*, 1892.
(3) *Revue intern. de laryngol.*, etc., 1893.
(4) *Ann. de méd.*, 1892.
(5) *Revue intern., de laryngol.*, loco citato.

En ce qui concerne la variole, on se dispute à l'Académie de médecine, on invoque la liberté individuelle pour combattre l'obligation, et c'est avec ce grand mot que nous perdons par la variole, d'après M. le professeur Brouardel (documents officiels produits à la tribune académique en février dernier), 14,000 Français par an, et que nous avons pu constater, il y a quelques années, dans les environs de Belfort, un grand nombre de victimes de cette maladie dans les villages français, tandis qu'en face, de l'autre côté de la frontière, où la vaccination était obligatoire, il n'y avait pas un seul décès. Il est temps de descendre des régions sereines de la routine dans les applications pratiques.

La loi sur la vaccine obligatoire serait donc une loi de prévoyance, de défense sociale et de défense nationale ; nous ne devons pas assister plus longtemps avec impassibilité à notre dépopulation.

En 1881, un projet de loi du regretté docteur Liouville, consacrant la vaccine obligatoire, fut voté en première délibération à la Chambre des députés par 253 voix contre 142 ; nous sommes donc autorisés à demander encore aujourd'hui au Parlement de reprendre cette loi sans tarder (1), de sauver chaque année 14,000 citoyens, et d'épargner aux Français une des maladies les plus terribles, une maladie, en un mot, qui les défigure et peut les rendre aveugles, quand elle ne les tue pas. Si la loi proposée par le docteur Liouville avait été votée en 1881, nous aurions probablement aujourd'hui 140,000 âmes de plus.

Par ce qui précède, on voit que le député de Berlin avait raison, puisque Paris, à lui seul, compte plus de décès par la variole que l'empire allemand tout entier, et qu'une maladie infectieuse *évitable* exerce encore parmi nous ses ravages, nous qui prétendons être *la nation la plus civilisée*. Ajoutons, pour en finir avec ce triste sujet, qu'il est honteux pour l'humanité de constater que, cent ans après la découverte de Jenner, 14 mai 1796 (cette date vaut bien celle d'une grande bataille), une ville de Bretagne de 11,000 habitants, Douarnerez, a perdu, pendant ces dernières années, 844 habitants par la variole (Voir le Bulletin de l'Académie de médecine, page 632), et que cette maladie reste chez nous comme sur une terre privilégiée, en y faisant beaucoup de victimes.

Nous venons de parler de trois facteurs essentiels de la mortalité dépopulatrice, de la mortalité anormale et évitable : la variole, la rage et la fièvre typhoïde, que les Allemands et les

(1) Le projet de loi sur la protection de la santé publique soumis au Parlement comporte l'obligation de la vaccination et de la revaccination.

Il a été voté en première lecture par la Chambre des Députés. (*Note de la Rédaction.*)

On a essayé de classer les sinusitées purulentes, d'après leurs espèces microbiennes. Ainsi, le Dr Luc a prétendu que les empyèmes d'origine dentaire donnaient du pus fétide et des microbes variés, tandis que dans les autres origines, on trouvait du pus non fétide à streptocoques. Mais ces conclusions sont démenties par ce fait que d'autres observateurs ont trouvé des cultures presque pures de streptocoques avec du pus fétide, et dans d'autres cas des cultures de pneumocoques (1).

Au point de vue des *symptômes*, il y a lieu de distinguer l'empyème aigu, et l'empyème chronique.

La *sinusité aiguë*, est un véritable phlegmon aigu, se montrant au cours d'affections de la bouche ou du nez, ou sous l'influence d'une maladie générale infectieuse. Elle est caractérisée par la triade suivante : gonflement de la joue et soulèvement de l'orbite par suite de la distension du sinus par le pus ; douleurs sous-orbitaires intenses ; pyorrhée nasale, plus ou moins abondante. L'évolution est rapide ; et, si l'écoulement du pus par l'orifice du sinus n'est pas suffisant, ou si l'on n'intervient pas rapidement, la paroi la plus faible du sinus, c'est-à-dire la paroi supérieure cède, et il y a issue du pus dans l'orbite, ce qui peut donner lieu à des complications que nous étudierons plus loin. Assez souvent, après cette période aiguë, même quand le pus a trouvé une voie à l'extérieur, il persiste un état inflammatoire de la muqueuse du sinus, et l'affection passe à l'état chronique.

L'*empyème latent* ou chronique du sinus maxillaire est beaucoup plus fréquent et plus important. Les malades, comme nous l'avons dit plus haut, peuvent très bien ne jamais se douter qu'ils ont une affection purulente du sinus, car l'écoulement de pus par le nez est souvent peu abondant et passe facilement inaperçu. Mais il est d'autres symptômes plus bruyants, et pour lesquels les malades viennent réclamer les conseils du médecin : ce sont surtout des névralgies tenaces du nerf sous-orbitaire, des douleurs profondes dans la pommette, c'est aussi parfois la perception par le malade d'une mauvaise odeur qui lui paraît siéger dans l'intérieur de son nez.

La *pyorrhée nasale*, à laquelle tous les auteurs n'attachent pas une égale importance, parce qu'elle peut manquer et parce qu'elle peut provenir d'autres affections nasales, offre souvent le double caractère suivant : *l'écoulement est unilatéral ; il est intermittent.*

L'écoulement est intermittent, en raison de la situation de l'orifice du sinus, à la partie la plus élevée de la cavité. C'est parfois au réveil, quand le malade s'assied qu'il se fait une espèce de vomique nasale. D'autres fois, c'est en se mouchant que le malade fait sortir le pus, probablement par suite de la pénétration de l'air et de l'augmentation de pression dans la cavité. Rarement l'écoulement est continu ; il y a alors une espèce d'incontinence par regorgement.

L'écoulement peut être unilatéral, parce qu'il n'y a le plus souvent qu'un sinus atteint. Mais la sinusité double n'est pas absolument rare, et alors le pus s'écoule par les deux narines, ce qui constitue un symptôme beaucoup moins caractéristique.

Le pus est souvent fétide, et, contrairement à ce qui se passe dans l'ozène, le malade sent cette mauvaise odeur qui prend sa source en dehors de la muqueuse olfactive ; c'est ce qu'on a appelé la *cacosmie subjective*.

Les *douleurs névralgiques* sont variables. On

(1) *Soc. de laryngol., de Paris*, janvier 1892.

Anglais ont fait à peu près disparaître de leurs pays depuis 1875 par des lois et des mesures sanitaires complètement énumérées dans une brochure de M. Monod, intitulée : *Les mesures sanitaires en Angleterre et leur résultat.*

Dans cette brochure, fort intéressante et toute nouvelle, M. le Directeur de l'assistance publique et de l'hygiène au Ministère de l'intérieur démontre que, si nous voulions suivre l'exemple de l'Angleterre en particulier, nous sauverions, chaque année, 130,000 existences portant en grand nombre sur les adultes, sur les hommes en pleine possession de leur vigueur. Le député de Berlin avait donc raison, et je répète encore une fois sa phrase : « Ne vous préoccupez pas de la France, elle perd chaque année une bataille. »

Dans cette même brochure, M. Monod parle d'un éminent statisticien anglais, M. Farr, qui estime à 3,875 fr. la valeur moyenne de la vie de ses concitoyens. Je pense que nous ne devons pas estimer moins la nôtre ; c'est donc un capital considérable que nous perdons inutilement. Combien faudra-t-il donc encore de victimes pour que nous fassions des lois de salubrité publique ?

En France, il y a des dépenses que nous considérons comme sacrées et obligatoires : ce sont les dépenses de guerre et les dépenses d'instruction. Mais il faut des hommes pour la guerre et les dépenses pour la santé publique sont aussi obligatoires et aussi sacrées. Défense nationale, défense de la vie humaine. Privilège à aucune maladie.

Pour rendre hommage à la vérité, nous devons dire ici que le Ministre de la Guerre s'est attaché, depuis quatre ans, à seconder les vues du service de santé de l'armée en donnant de l'eau de source, ou tout au moins de l'eau filtrée, à toutes les garnisons, et que, depuis cette époque, la mortalité provenant des cas de fièvre typhoïde a diminué des deux cinquièmes.

Dès que les étrangers augmentent leur budget de la guerre, nous augmentons le nôtre, mais s'ils augmentent leur budget pour des travaux d'assainissement, nous nous gardons bien d'en faire autant ; nous laissons grossir leur population, et nous ne faisons absolument rien pour garantir la nôtre, et pourtant, pour tout observateur, pour tout patriote, les questions d'hygiène sont inséparables de la question de défense nationale.

Il est fort beau d'inventer des engins de destruction, puisqu'il paraît que notre destinée est de nous entre-tuer, et enrayer la dépopulation par la maladie pour fournir à la dépopulation par le canon, en faisant fonctionner les services d'hygiène.

Toutes les nations étrangères considèrent que la force d'un peuple consiste dans le nombre

comprend facilement que, lorsque les nerfs, au lieu d'être situés dans un canal osseux, sont dans une gouttière, en contact immédiat avec la muqueuse enflammée, ils peuvent être irrités et donner lieu à des névralgies persistantes qui font le désespoir des malades. Ce sont parfois des douleurs profondes, siégeant dans l'épaisseur du maxillaire supérieur, et attribuées à la carie dentaire, qui existe souvent en même temps. Le plus souvent ce sont des névralgies sous-orbitaires. Parfois il y a des douleurs sus-orbitaires, par suite de la coïncidence fréquente de la sinusité frontale. Il y a assez souvent de la sensibilité de la pommette à la pression.

Les *symptômes généraux* sont en rapport avec l'intensité des douleurs, avec l'abondance et la fétidité de l'écoulement. Il n'y a pas de fièvre, sauf à la période aiguë. Les malades présentent surtout de l'hypochondrie ; on a même noté des tendances au suicide (1). Il y a parfois des troubles gastriques, dus soit à l'état nerveux, soit à ce que le pus peut tomber pendant le sommeil dans l'estomac du malade.

Les *complications* les plus importantes sont celles qui se montrent du côté de l'œil. Nous avons parlé de l'irruption de pus dans l'orbite. L'inflammation peut encore se propager à l'œil par la voie vasculaire. Il est rare qu'un phlegmon de l'orbite en soit la conséquence ; c'est une complication terrible qui entraîne généralement la perte de la vision du côté atteint, et peut même amener la mort. Le plus souvent, il y a des phénomènes de compression : œdème de la paupière supérieure, globe oculaire immobilisé et projeté en avant ; à l'ophtalmoscope, on constate de l'œdème de la papille avec dilatation de ses veines. L'inflammation du sinus frontal est assez souvent signalée.

Les signes fonctionnels énoncés plus haut peuvent dans certains cas suffire à poser le *diagnostic* ; mais c'est assez rare ; il faut pour cela qu'ils se trouvent réunis chez le même malade. Ce sont surtout les *signes physiques* qui lèveront les doutes. Le suivant a une grande importance : si l'on constate la présence de pus dans le méat moyen des fosses nasales, que le stylet en fait sortir des grumeaux, et qu'après nettoyage avec un tampon, la douche de Politzer ramène du pus au même endroit, il est très-probable que ce pus vient du sinus maxillaire. Le *signe de Frankel* permettra, si on le trouve, d'avoir une conviction plus forte encore : après avoir détergé le méat moyen, on fait pencher la tête en avant, et on la maintient dans cette position pendant deux ou trois minutes ; si le pus a reparu, il vient du méat moyen. Ce signe est excellent, mais il manque parfois, lorsque l'orifice du sinus est très étroit, ou lorsque la cavité s'est vidée peu de temps auparavant ; sa constatation permet le diagnostic ; mais son absence n'exclut pas la possibilité de l'affection soupçonnée.

La *carie des molaires supérieures*, surtout de la première ou de la deuxième, est utile à constater ; mais ce n'est qu'une présomption en faveur du diagnostic, car l'empyème du sinus maxillaire n'est pas toujours d'origine dentaire, et n'accompagne pas toutes les caries des molaires.

L'*ectasie du sinus*, symptôme important dans l'empyème aigu, est peu notable dans l'empyème latent, et peut rarement servir pour le diagnostic.

La présence de *polypes* dans le méat moyen accompagne souvent l'empyème du sinus, de même que la constatation d'un *bourrelet latéral*

(1) *Semaine méd.*, loco citato.

d'hommes qu'il peut mettre en ligne, et font des économies de vie humaine ; elles ont dépensé beaucoup, mais elles ont reconnu que leurs sacrifices étaient bien placés ; ainsi, un Médecin allemand voulant montrer à ses élèves un exemple de fièvre typhoïde a été obligé d'aller au loin pour leur présenter un cas qu'on lui avait signalé. Que ne pouvons-nous en dire autant de notre pays, où cette maladie est endémique dans grand nombre de localités ! Il faudra bien qu'on inscrive au nombre des dépenses obligatoires des communes l'alimentation en eau potable.

Je viens de dire qu'en France on n'imitait pas l'exemple des autres nations, qu'on ne faisait pas assez pour protéger, pour économiser la vie humaine ; j'ai parlé en général. Maintenant, je vais citer un cas particulier qui prouve que nous avons aussi des idées philanthropiques : je veux parler de la loi du 23 décembre 1874 sur la protection des enfants du premier âge, qui, si elle était appliquée, pourrait compter au nombre de ces sages institutions que l'Europe nous envie. En 1888, le Conseil général de la Haute-Saône avait demandé l'application de la loi Roussel dans le département, et avait voté les fonds nécessaires aux dépenses qu'elle pourrait occasionner ; et cependant nous avons le regret de signaler ici qu'aucune mesure n'a été prise pour faire exécuter les délibérations de cette assemblée ; qu'après comme avant 1888, on continue à ne pas s'occuper de la protection des petits et des faibles, de ceux qui arrivent et qui ne peuvent encore se soutenir, ni se défendre ; que la mortalité des enfants du premier âge a été, d'après le rapport de M. le Directeur des enfants assistés de la Haute-Saône, de 10,43 % pendant l'année 1890, tandis que, d'après M. Monod, déjà cité, elle n'est, depuis longtemps que de 5 % dans le Calvados, et, d'après M. Fleury, ancien directeur des enfants assistés de la Creuse, que de 4,23 % dans ce département.

Ces chiffres sont significatifs et devraient faire penser aux malheureux nourrissons de notre région, que la mort frappe en nombre certainement plus grand qu'ailleurs, malgré les décisions de notre assemblée départementale qui n'a pourtant rien négligé pour organiser l'Inspection médicale, qui devrait fonctionner dans notre département depuis 1889.

Nous demandons que la loi Roussel soit appliquée rigoureusement et partout, que notre législation sanitaire soit mise en rapport avec les découvertes modernes pour assurer l'immunité de certaines maladies inévitables, et que la constatation des décès devienne obligatoire.

Dr Massin,
du Syndicat de la Haute-Saône.

augmenté de volume, à l'entrée du même méat.

La percussion avec l'index sur le trou sous-orbitaire, peut, d'après Bosworth (1), donner quelques indications.

Le *signe de Heryng*, c'est-à-dire la production d'une tache d'ombre sur la joue malade par l'éclairage électrique des fosses nasales constitue un moyen de diagnostic important ; mais sa recherche est assez délicate : il faut que l'éclairage ne soit, ni trop, ni trop peu intense. Le malade étant dans une pièce très obscure, on introduit dans la bouche une petite lampe électrique de 5 à 6 volts, montée sur un abaisse langue, et l'on recommande au malade de ne faire aucun mouvement de déglutition, afin d'éviter une brûlure légère. On voit alors du côté malade, la production d'une tache d'ombre sur la joue et vers l'orbite, tandis que le côté sain se laisse éclairer facilement, par suite du peu d'épaisseur des parois du sinus, formés de tissu compact. Le Dr Lermoyez (2) affirme que les résultats sont certains, si l'on sait se servir de cette méthode. La seule objection sérieuse est la possibilité d'une tumeur solide, au lieu d'un abcès.

Il est enfin un moyen, employé couramment pour toutes les collections liquides où le diagnostic est hésitant, c'est la *ponction exploratrice*. Elle peut se faire en trois points différents : la ponction faite entre la 1re molaire et la 2e prémolaire est douloureuse et nécessite l'emploi d'un tour de dentiste ; dans le méat moyen, on risque d'enfoncer l'aiguille dans l'orbite ; c'est généralement dans le méat inférieur qu'on la pratique. Voici, d'après M. Lermoyez, comment se pratique cette ponction. L'instrument est la seringue de Pravaz, munie d'une aiguille courbe assez résistante, longue de 5 à 6 centimètres. Après avoir fait des lavages antiseptiques dans le nez, on anesthésie la surface du méat inférieur au moyen d'un tampon de coton, imbibé d'une solution de chlorhydrate de cocaïne au 10e, et laissé 5 minutes en place. On aborde la paroi à 3 centimètres de l'entrée des narines, on appuie avec force, et l'aiguille s'enfonce en produisant un petit crépitement osseux ; la douleur est presque nulle, et l'hémorrhagie insignifiante. Quand on fait fausse route, c'est sans danger ; on ne peut blesser aucun organe important : si l'on porte l'aiguille trop en avant, on arrive dans la fosse canine ; si c'est trop en haut, on traverse le cornet inférieur, et on va dans le méat moyen. *Il faut ponctionner en portant la pointe obliquement en haut et en dehors.*

La ponction peut être sans résultat parce que le pus est trop épais, ou l'aiguille bouchée par un peu de sang, ou encore parce qu'elle est au-dessus du niveau du pus. C'est pourquoi, le complément de la ponction exploratrice est le *lavage exploratenr*, qui se fait simplement en injectant le liquide contenu dans la seringue de Pravaz et en l'aspirant ensuite. Il peut se faire aussi au moyen d'un petit trocart mince et courbe, auquel on adapte une seringue.

Le *traitement* le plus simple et qui procure toujours du soulagement et parfois la guérison, c'est l'ouverture et le drainage. C'est ainsi qu'on a vu l'*extraction d'une dent cariée* permettre l'issue facile du pus et amener la guérison. Ce sera donc toujours la première chose à faire, lorsqu'il existera une carie de l'une des molaires supérieures.

Mais cette extirpation est rarement suffisante et doit très souvent être complétée par une trépanation alvéolaire, qui se fera d'ordinaire assez facilement au moyen d'un perforateur triangulaire ou quadrangulaire, d'un diamètre de 4 millimètres au maximum, et monté sur un manche solide. C'est la voie alvéolaire qui est généralement conseillée. — Quand aucune dent n'est cariée et que le malade ne veut pas s'en laisser enlever une, on applique, de préférence au niveau de la fosse canine une couronne de trépan, semblable à celle des dentistes, mais plus longue : cette opération est beaucoup plus douloureuse et fatigante. — La voie nasale est peu employée. — Quant à l'introduction d'une sonde par l'orifice normal, c'est une manœuvre très-difficile, assez souvent impossible et qui ne donne pas de résultats comparables à l'ouverture artificielle.

Certains spécialistes se contentent, une fois l'ouverture pratiquée, de faire des lavages avec de l'eau boriquée, ou une solution de résorcine à 5 pour 100. Il y a certainement de bons résultats par ce moyen. — L'insufflation de poudre d'iodoforme ne donne pas de résultat certain. — Les résultats les plus sûrs sont obtenus par le tamponnement avec la gaze iodoformée qui tarit rapidement la suppuration, et se pratique une fois par semaine ; elle peut être employée facilement par tous les médecins et obstrue sûrement l'entrée du côté de la bouche. — Quand on pratique ou qu'on fait pratiquer par le malade des lavages fréquents, il est bon d'introduire dans l'orifice une canule métallique qu'on obture facilement au moment des repas.

N'oublions pas enfin que les irrigations nasales fréquentes employées seules, peuvent donner une amélioration notable. Dr P. Hervouet.

(1) *Annales des mal., de l'or., du larynx, etc*, 1892.
(2) *Sem. med.* loco citato.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Déontologie.

Les deux questions suivantes de déontologie nous ont été posées par des correspondants :

1re QUESTION :

Un médecin a donné des soins à une femme atteinte de hernie. Celle-ci, à la suite d'échange de coups avec son gendre et sa fille, prétend que, dans la lutte, un effort a produit la hernie ; elle se rend chez un second médecin qui lui délivre un certificat. Mais la fille vient trouver le premier médecin et lui demande un certificat constatant que sa mère était atteinte précédemment de cette hernie. Que doit faire le médecin ?

Notre confrère pensait éluder la difficulté de façon suivante : « Me faire assigner, et devant le juge de paix, me faire relever du secret professionnel par la mère qui serait présente à l'audience ; de cette façon si la mère refuse, c'est qu'elle craindra ma déposition, et le bon droit triomphera. »

Nous croyons que cette façon d'agir est en effet la meilleure, car on ne pourra ainsi accuser le médecin ni d'indifférence pour la vérité, ni d'excès de zèle en désaccord avec ses devoirs professionnels.

2e QUESTION.

A., médecin dans une ville, cède sa clientèle médicale à B.; A. signe un contrat,dans lequel, par suite du paiement d'une certaine somme, il s'interdit l'exercice de la médecine dans la ville et tout le rayon où il exerçait.

A. se retire dans sa propriété à 40 kilomètres de la localité, mais il y retourne très souvent, voir d'anciens clients soi-disant amis, soit seul, soit accompagné de confrères, allant en consultation avec eux, sans toutefois se faire payer de ses clients.

Cet exercice de la médecine, fait gratuitement par un prédécesseur qui, moyennant finance, s'est engagé à ne pas exercer, peut-il être considéré comme un fait d'exercice de médecine ordinaire, et par suite préjudiciable ?

Pour résoudre ce problème, il faut évidemment considérer comme certains les faits énoncés. Nous admettons comme une chose sûre que A. revient voir d'anciens clients amis, et qu'il leur donne des conseils médicaux gratuits, soit seul, soit accompagné d'autres confrères.

Dans ce cas, nous n'hésitons pas à dire que la conduite de A. est absolument blâmable, non seulement parce qu'il empêche ainsi une partie de sa clientèle d'aller au confrère à qui il a cédé, mais aussi parce que cette attitude est désobligeante pour B., qu'il ne semble pas appuyer auprès de ses anciens clients comme il devrait le faire. Il y a, dans cette façon de faire, comme un jugement tacite porté sur B. dont il semble dire : « Il est bien bon pour des clients ordinaires ; mais pour des amis, c'est autre chose. »

Il ne peut y avoir pour le médecin qui cède sa clientèle qu'une manière de faire, c'est de déclarer catégoriquement qu'il ne peut voir un seul malade, ou qu'il ne le fera qu'avec l'assentiment de son successeur, appelé comme médecin de la famille.

L'Assistance médicale gratuite devant le Sénat.

La discussion des articles du projet de loi n'a rien révélé de particulièrement intéressant.

Que la future loi dise : Tout Français malade, *privé de ressources* ou *privé de ressources suffisantes* comme le voudrait M. le Marquis de Carné, peu nous importe : il nous suffit que le principe de l'assistance soit posé, et il l'a été — c'est l'essentiel.

Nous n'insisterons pas sur ces chinoiseries qui, paraît-il, présentent pour certaines personnes un très grand intérêt, puisqu'à plusieurs reprises elles ont interrompu la discussion sérieuse, sans aucun résultat d'ailleurs.

L'article 4 donne à l'organisation le caractère départemental : on sait que c'était une de nos principales revendications. Et l'article 5 pourvoit au cas où le Conseil Général refuserait d'organiser le service — c'est parfait.

La question du domicile de secours a une très haute importance : elle est réglée conformément aux dispositions du projet qui ne soulevaient aucune objection.

Pour les médecins, le titre III de la loi : *Bureau et liste d'assistance* est le plus important. Malheureusement le texte des divers articles adoptés ne nous donne aucune satisfaction.

Pas de place pour le médecin dans la composition du Bureau d'assistance, ainsi l'ordonne l'article 10 :

La Commission administrative du bureau d'assistance est formée par les commissions administratives réunies de l'hospice et du bureau de bienfaisance ou de l'une d'elles seulement, s'il n'y a pas d'hospice ou de bureau de bienfaisance.

Nous avions demandé pour le médecin du service ou un délégué des médecins du service une place de droit, dans ce bureau : l'incapacité notoire de la grande majorité des personnes, qui, dans les campagnes, composeront ce bureau, justifiait notre revendication. Nous estimions en outre que le médecin ne pouvait, même en apparence, avoir une situation inférieure aux membres de ce bureau et que c'était une occasion de le relever moralement aux yeux des populations.

Il faut croire que nous sommes seuls, nous médecins, à penser de la sorte, car aucun amendement en ce sens n'a été proposé.

L'article 12 édicte :

La Commission administrative du Bureau d'assistance, sur la convocation de son président, se réunit au moins quatre fois par an :

Elle dresse, un mois au moins avant la première session ordinaire du Conseil municipal, la liste des personnes qui, ayant dans la commune leur domicile de secours, doivent être, en cas de maladies, admises à l'assistance médicale, et elle procède à la revision de cette liste un mois avant chacune des trois autres sessions.

Le médecin de l'assistance ou un délégué des médecins de l'assistance, le receveur municipal et un des répartiteurs désigné par le sous-préfet peuvent assister à la séance avec voix consultative.

Il aurait mieux valu dire que la liste serait dressée avant la session de novembre et révisée, s'il y avait lieu, avant chacune des autres sessions du Conseil municipal. Il importe, en effet, que la liste soit arrêtée pour le 1er janvier et que les modifications à introduire au cours de l'année ne soient qu'exceptionnelles. S'il n'en était pas ainsi nous pourrions, à chaque trimestre, avoir une liste nouvelle dans laquelle on inscrirait les malades du moment.

Nous devons en effet craindre de très grands abus dans la confection de ces listes, nous en dirons plus loin la raison.

MM. Cornil et Lourties avaient déposé un amendement à cet article 12 :

« *Au lieu de :*

« Le médecin de l'assistance ou un délégué des médecins de l'assistance, le receveur municipal et un de ses répartiteurs désignés par le sous-préfet, peuvent assister à la séance avec voix consultative. »

« *Mettre :*

« Le médecin de l'assistance. . . . . assistent à la séance avec voix consultative. »

M. Cornil. Messieurs, nous avons, mon honorable collègue M. Lourties et moi, proposé un amendement au troisième alinéa de l'article 12 ayant pour objet de substituer aux mots :

« Le médecin de l'assistance ou le délégué des médecins de l'assistance... peuvent assister à la séance avec voix consultative » les mots : « Le médecin de l'assistance ou le délégué... assistent à la séance de la commission d'assistance avec voix consultative. »

Nous avons été encouragés à formuler cette rédaction par un grand nombre de syndicats médicaux qui

nous ont fait remarquer que les mots « peuvent assister » n'impliquaient pas un droit strict et que, par suite, si le médecin de l'assistance ou le délégué des médecins d'assistance n'était pas convoqué par le président du bureau d'assistance, il ne pourrait pas y venir et présenter ses observations.

Or, dans l'espèce, le rôle du médecin est très considérable ; c'est lui qui connaît le mieux les pauvres et les nécessiteux d'une commune ; il a pu apprécier et juger le dénuement des pauvres auxquels il a donné ses soins.

De plus, le médecin et le pharmacien sont les mieux placés pour mettre en garde les membres du bureau contre des entraînements qui pourraient les porter à inscrire un trop grand nombre d'indigents.

En effet, le médecin a intérêt à ne pas en étendre trop la liste, parce que, par cela même, il restreindrait sa clientèle payante. Nous avons pensé qu'il était nécessaire d'inscrire dans la loi la nécessité de leur présence. On aurait pu même demander avec voix délibérative, mais nous nous contentons de la mention : « voix consultative ».

Je dois dire que j'ai causé de notre desideratum avec M. le commissaire du Gouvernement, mon excellent ami M. Monod, qui m'a répondu que dans son esprit et dans celui du gouvernement, les mots « peuvent assister » déterminaient pour le médecin un droit, mais les médecins et les syndicats médicaux seraient très heureux d'entendre cette affirmation de la bouche même de M. le commissaire du Gouvernement.

M. le commissaire du Gouvernement. Messieurs, l'administration est absolument d'accord avec l'honorable M. Cornil. Dans la première rédaction, on avait dit « peuvent être appelés à assister ». Sur des observations analogues à celle que M. Cornil vient de présenter, le texte a été modifié et l'on a dit : « peuvent assister ». L'on n'a pas dit « assistent » pour ne pas donner à croire que leur présence est une condition essentielle pour la validité des délibérations. Mais la pensée a bien été que les médecins auront le droit d'assister aux séances où sera dressée la liste des indigents. (*Approbation.*)

Voici comment l'exposé des motifs s'exprime à ce sujet :

« Il est de toute convenance d'appeler les médecins qui seront chargés du service, et dont le dévouement sera un élément indispensable du succès, à présenter leurs observations. Leur intervention constituera, de plus, une garantie contre l'extension abusive de la liste, puisque leur intérêt professionnel, d'accord en cela avec l'intérêt des finances publiques, sera que les secours soient réservés à ceux qui ne pourraient se suffire à eux-mêmes. Le médecin sera donc appelé à la confection de la liste des assistés de sa circonscription. »

Il peut assister, il a le droit d'assister. Il faudra donc qu'il soit convoqué. (*Très bien ! très bien !*)

M. Cornil. Nous retirons notre amendement, mais nous insistons pour que, dans le règlement d'administration publique, cela soit bien spécifié.

Nous ne pouvons qu'être reconnaissants à M. Cornil de son intervention. Il a dit des choses absolument justes, mais la conclusion aurait dû être un peu différente : il aurait fallu d'abord maintenir la mention *avec voix délibérative* ; il aurait fallu aussi dire : *tous les médecins du service d'assistance* et non pas seulement : le médecin ou un délégué des médecins.

Il faut que tous les médecins intéressés puissent prendre part à la confection de la liste : quel sera en effet le rôle du délégué dans une commune où il y aura quatre ou cinq médecins de l'assistance ? Il ne connaîtra pas la plupart des indigents — tandis que chaque médecin pourrait renseigner sur ceux qui sont ses clients.

Quant à la voix délibérative, elle nous paraît d'autant plus nécessaire que l'article 14 vient encore aggraver la situation. Il dit en effet :

La liste est arrêtée par le conseil municipal, qui délibère en comité secret : elle est déposée au secrétariat de la mairie.

Si la loi avait déclaré que les honoraires des médecins pour leurs visites, consultations et opérations seraient les mêmes que pour les malades non indigents, nous n'aurions aucune objection à faire. Mais comme elle est muette à cet égard et que nous savons, nous, qu'on ne nous donnera qu'une indemnité dérisoire, nous avons le droit de demander qu'on nous traite d'autre façon.

Nous trouvons certes naturel que les conseils municipaux qui voteront les crédits aient voix au chapitre ; nous ne voyons pas pourquoi le médecin qui, payant de sa personne, donnera plus que tous, ne serait pas admis à la confection définitive de la liste. Pourquoi lui qui est le plus intéressé, n'aurait-il pas voix délibérative dans la réunion du bureau d'assistance ? Pourquoi n'aurait-il pas — par exception si l'on veut — accès à la séance du Conseil municipal ?

Dans la première réunion le médecin ne pourra pas, tant s'en faut, faire prévaloir toujours son opinion, car les autres membres, trop nombreux d'ailleurs, seront toujours disposés à faire de la charité et de la popularité sur son dos.

Puis la liste soumise au Conseil municipal aura bien des chances d'être modifiée de fond en comble, les conseillers ayant, eux aussi, leurs misères particulières à soulager, et leurs intérêts électoraux à soigner.

Les conseillers municipaux arrêteront la liste à leur idée, sans tenir compte souvent de la liste dressée par le Bureau d'Assistance ; ils voteront les crédits — pris dans la bourse commune — et le médecin devra son temps et sa peine pour une rémunération que nous savons à l'avance devoir être absolument insuffisante.

Enfin le médecin qui a des raisons particulières de faire inscrire un indigent, qui peut influencer, de ce chef, le Bureau d'assistance ne pourra faire valoir ces raisons devant le Conseil municipal : il ne pourra imposer moralement, ni une admission, ni une radiation. Et qui donc bénéficiera de cette impossibilité ?

Nous savons bien qu'on déclare impossible cette admission du médecin à la séance du Conseil municipal — nous répondrons simplement que, dans le Loiret, la chose existe depuis dix ans et que, depuis cette époque seulement, les listes sont convenablement dressées.

(*A suivre.*)

On demande des médecins dans les campagnes.

Le Comité consultatif d'Hygiène publique de France a émis, dans une de ses dernières séances, un vœu bien significatif. Ayant appris que des cantons entiers sont dépourvus de médecins, — ce que beaucoup savent déjà depuis longtemps, — il a poussé à nouveau le cri d'alarme et a demandé à l'unanimité qu'au Sénat on en finisse enfin avec le projet de loi sur l'assistance médicale dans les campagnes.

Tout cela est parfait ; mais à supposer que la loi soit votée d'ici à quelques mois, pourra-t-on de la sorte parer à toutes les difficultés ? Croit-on qu'il ne restera plus désormais de bourgades, ou même de villages importants dépourvus de médecins ? On aura beau syndiquer les communes, fournir des subventions de tous genres : on n'arrive pas facilement à créer des places bien rémunératrices pour ceux de

nos confrères qui, aimant les plaisirs des champs, veulent bien s'exiler dans les marais de la Vendée ou les landes des montagnes d'Arez. C'est pourtant là un problème qu'il importe de résoudre à tout prix....

La nouvelle loi a supprimé les officiers de santé et nous en sommes ravi. Pourtant cela chiffonne quelques-uns de nos confrères de la presse politique, politiciens avant tout, songeant plutôt aux votes futurs qu'à la défense de la santé... de leurs électeurs ; et les voilà qui, tablant sur la disette de médecins dans les campagnes, mise en relief par le récit fait au Conseil d'Hygiène d'une sérieuse épidémie, n'hésitent pas à demander qu'on rende l'accès des Facultés de médecine beaucoup plus facile. Au lieu d'exiger à l'entrée de nos écoles les baccalauréats classiques, on pourrait se contenter, disent-ils, des brevets fournis par l'enseignement moderne ! Les baccalauréats ne seraient plus de rigueur !

Certes, nous ne croyons pas qu'il soit absolument indispensable d'avoir appris à traduire Homère et Virgile, surtout Sophocle et Plaute, pour faire un bon praticien de campagne ; certes, nous pensons que souvent il suffirait d'avoir mieux étudié les règles, plus complexes qu'on ne le croit, de la réelle Propreté.

Mais nous ne craignons pas d'affirmer que le médecin n'a pas seulement à jouer dans la société — du moins pour celui qui exerce dans nos villages — le rôle d'un thérapeute expérimenté : sa mission doit être plus haute, dans un milieu où il est à peu près le seul à représenter la Science dépourvue d'artifice. Il doit être le savant auquel on puisse venir, sur un sujet quelconque, demander un conseil ; il doit être un hygiéniste suffisamment instruit, non seulement pour lutter avec succès contre les plus terribles épidémies, mais pour enseigner aux autorités locales les mesures qu'elles ont à prendre dans des circonstances aussi difficiles. On l'a répété bien des fois : C'est le médecin qui, de nos jours, doit remplacer le curé et devenir le véritable directeur des consciences. Et nous avons montré, dans un article récent à propos des médecins élus conseillers généraux, quel rôle étaient de plus en plus appelés à jouer, dans nos départements, tous ceux de nos confrères que la Thérapeutique seule n'absorbe pas tout entiers. Eh bien, pour être à la hauteur de cette tâche, nous n'hésitons pas à répéter qu'il faut une instruction très solide.

Il n'y aurait, par suite, que des dangers à rabaisser le niveau des études médicales, sous le fallacieux prétexte de pouvoir augmenter ainsi le nombre de médecins allant exercer dans les campagnes.

Restons-en donc aux baccalauréats et n'admettons pas dans nos rangs les jeunes élèves, même très distingués, sortant de l'enseignement moderne, car, sans nul doute, ils formeraient bientôt une caste à part dans la grande famille médicale et ce serait certainement revenir, avec un nom nouveau et sous une forme différente, à l'ancien officiat de santé, aux ridicules errements de la législature d'antan.

L'un de nos confrères de la presse politique a été plus loin et a mis en avant un argument qui montre qu'il est peu au courant des mœurs de nos étudiants pauvres. « De la sorte, a-t-il dit, on aurait des étudiants qui, par leur éducation et leur milieu social, ne devraient pas ressentir pour la vie rurale l'aversion que témoignent trop souvent les fils de la haute bourgeoisie ! » Reçus docteurs, sans avoir appris, ni le grec, ni le latin, ils s'empresseraient de retourner aux champs ! C'est bien mal connaître ceux qui sans fortune, arrivent à décrocher leur doctorat et à payer, avec les quelques sous qu'ils ont dû gagner pendant leurs études, leurs frais d'inscriptions, d'examen et leur nourriture durant cinq à six ans ! Ceux-là ne s'arrêtent pas d'ordinaire en chemin et ne visent guère à conduire sous le vent ou la neige de maigres haquenées? Pour faire ses études médicales, il faut être fils de bourgeois ou un jeune homme de certaine envergure. Ces derniers étudiants, marqués par le Talent ou même par le Génie, peuvent naître où ils veulent, et point n'est besoin de s'occuper d'eux ; mais, pour les autres, mieux vaut cultiver son champ que devenir médecin de campagne, quand on n'a pas de rente ou qu'on n'a pas une certaine valeur intellectuelle, additionnée d'une bonne dose d'énergie morale !

Un exemple entre mille : Parmi tous ceux de mes camarades qui ont regagné leurs pénates après quelques années passées au Quartier latin, je n'en connais pas un seul qui ait eu besoin, pendant toute la durée de ses études, d'ajouter à son budget mensuel d'origine paternelle, la rémunération d'un travail personnel quelconque !

A quoi bon insister davantage ? Evidemment, pour lutter contre la disette signalée, il faut chercher ailleurs. Et le remède est peut-être plus facile à trouver qu'on ne le pense dans la presse politique. Améliorez la situation sociale du médecin des campagnes, en lui assurant, particulièrement dans certains pays pauvres, des subventions suffisantes et surtout en lui reconnaissant une autorité scientifique dont il ne jouit pas encore de nos jours ; aidez-le dans sa lutte contre les exploiteurs de la crédulité publique. Aidez-nous à répandre, dans le corps enseignant des écoles primaires, des idées justes et saines sur les maladies des humains et sur le rôle du médecin dans la société moderne. Admettez que le médecin de campagne n'est précisément pas, en fait d'hygiène, l'égal du premier charretier venu, sous prétexte que tous deux passent leur vie à rouler sur des routes. Multipliez les moyens de communication (chemins de fer, tramways électriques, télégraphe, téléphone, etc.). Faites comprendre à nos bons paysans que leur médecin a besoin de prendre de temps en temps des vacances pour venir se retremper dans nos grands centres et le droit de se faire remplacer, s'il lui plaît, sans que ses clients se croient autorisés à le considérer comme un flâneur. Diminuons par faveur spéciale en raison des services rendus, sa patente, les impositions qu'il paie pour ses chevaux et sa voiture, voire même pour son vélocipède ! Décorez-le un peu plus si besoin est, quand il a fait plus que son devoir, ce qui arrive assez souvent. Favorisez un peu moins certains médecins des villes qui ont plus de cordes à leur arc ; soyez pour eux plus avare de faveurs, et vous aurez de la sorte, dans nos plus sauvages campagnes, certainement plus de médecins que si vous reveniez, par un chemin plus ou moins détourné, à la création de l'antique corps des officiers de santé.

Marcel BAUDOIN.

A ces réflexions si justes de notre confrère du *Progrès médical* nous ajouterons quelques mots :

Pour attirer et retenir le jeune médecin dans ces campagnes qu'il redoute à juste titre, il faut que la Société lui assure l'existence en réprimant sérieusement l'exercice illégal, en le délivrant de la concurrence trop souvent désastreuse du pharmacien, il faut encore qu'elle lui reconnaisse l'autorité morale à laquelle il a droit.

Quelle autorité en effet a-t-on donné à ce médecin, dont on utilise à chaque instant les lumières et le dévouement ? — Aucune.

On organise des services d'assistance et d'hygiène qui, sans son concours, resteraient lettre morte — ou ne daigne même pas lui réserver une place dans cette organisation.

Dans les bureaux d'assistance, pas de place pour le médecin ; dans l'administration des hôpitaux ruraux, pas de place pour le médecin ; dans l'organisation des services d'hygiène, pas de place pour le médecin. A peine daigne-t-on le consulter pour l'établissement des listes d'indigents : mais lui donner voix au chapitre, qui donc y a songé ?

Est-ce que les corvées, les courses, les déclarations, les rapports ne doivent pas lui suffire ?

Voilà une conception du rôle social du méde-

oin, qui le relève aux yeux des populations ! Et l'on s'étonne que le jeune médecin qui sait devoir ne vivre qu'avec peine dans ces pays perdus, qui sait devoir n'y rencontrer aucune satisfaction d'aucune sorte, prévoyant des difficultés de tout genre avec des hommes qui lui sont de beaucoup inférieurs et qui le regarderont comme un salarié, parce qu'il recevra une indemnité infime — on s'étonne qu'il aille s'installer ailleurs !

C'est le contraire qui pourrait surprendre.

Mais qui donc, dans les Assemblées politiques, tiendra jamais ce langage ? Qui donc nous soutiendra véritablement dans les Conseils du Gouvernement ?

Nous y avons pourtant des confrères !

BULLETIN DES SYNDICATS

Association syndicale des médecins de la Loire-Inférieure.

Séance générale annuelle du 31 *janvier* 1893.

Présents : MM. Porson, *Président* ; Patoureau, Luneau, de la Rochefordière, Mainguy, Cailletau, Toché, Polo, Guillon, Laudois, de Larabrie, Saquet, Grimaud, Crismail, de Salier-Dupin, Boiffin, Huet, Joüon (Léon), Moussier, Attimont, Ménager, Samson, Josso, Rouxeau, Lacambre, Guiberteau, Trémoureux, Dorain, Plihon, Chauvet, Houeix de la Brousse, Pasquier, Blaizot, Dehillote, Guyon, Pérochaud, Lerat, Morin, Destez, Malherbe, Paillard, Bourdon, Benoît, Bellouard, Brindejonc, Teillais, Bertin, Perrion, Briton, Ollive, Plantard, Joüon (Louis), Simoneau.

Après une allocution du Président, le Secrétaire général Trésorier, rend compte des travaux du Syndicat pendant l'année écoulée et communique la situation financière. Il reste en caisse une somme de 316 fr. 25.

Exercice de la médecine par les médecins militaires.

M. *le Président* rapporte succinctement ce qui s'est passé à la dernière réunion de l'Union des Syndicats de France. Entre autres choses, il a été question dans cette réunion de l'exercice de la médecine *civile* par les médecins militaires. La loi ne paraît pas avoir suffisamment réglementé la matière.

M. *Bellouard* fait remarquer qu'il existe pourtant un décret de 1832, qui permet aux médecins militaires de faire de la médecine civile : il est vrai que, d'autre part, la loi défend aux officiers de se livrer à aucun commerce.

M. *Bourdon* assure, de son côté, que quelques médecins militaires paient patente.

M. *Porson* dit qu'il a été chargé, par le Bureau de l'Union des Syndicats, d'écrire à M. le Ministre de la Guerre pour solliciter de lui une réponse qui tranche la question d'une manière définitive.

Assistance médicale

M. *le Président* communique, réunis en une brochure, les *Règlement, formulaire et tarif du service gratuit de l'Assistance médicale et pharmaceutique dans la Loire-Inférieure.* Dans la *préface* de cette brochure, la Commission, dans un but d'ordre et d'économie, et sans vouloir nuire en rien à l'intérêt des malades, recommande instamment aux médecins de l'*Assistance* de s'en tenir aux prescriptions les plus simples en prenant pour guide le *Formulaire* qu'on leur soumet, de n'ordonner que les médicaments qui figurent dans la *nomenclature du tarif*, sans dépasser dans les doses le *maximum* indiqué. La plupart des communes de la Loire-Inférieure semblent vouloir adopter ce mode d'*Assistance*.

Modifications aux Statuts.

On passe ensuite à la discussion des modifications à apporter aux articles 9, 10, 11 et 12 des *Statuts*.

Les modifications votées sont les suivantes :

Désormais, il sera fait une distinction entre le *Bureau du Syndicat* et la *Chambre syndicale*.

Le *Bureau* se compose de : 1° le Président : 2° deux Vice-Présidents ; 3° un Secrétaire général, Trésorier ; 4° un Secrétaire des séances.

La *Chambre* est constituée par : 1° le *Bureau* ; 2° les *Syndics*.

Le mode d'élection des membres du Bureau sera changé : *seul* le Président sera nommé par *vote uninominal*, les autres membres du Bureau seront désormais élus au *scrutin de liste*.

L'article 12 était ainsi conçu : Les membres de la Chambre sont nommés pour un an ; ils sont rééligibles. Dans la nouvelle rédaction on a substitué au mot *Chambre*, celui de *Bureau* et après « sont nommés pour un an » on a ajouté « à l'Assemblée générale de Janvier ».

Le mode d'élection des Syndics reste le même, mais on a complété ainsi l'article 11 : Les syndics sont renouvelés tous les ans par tiers ; ils sont rééligibles.

Renouvellement du Bureau.

Il est procédé au renouvellement du Bureau :

Au second tour de scrutin, M. Luneau est élu président.

Sont élus à la majorité des voix : vice-présidents, MM. Patoureau et Moussier ; secrétaire général, trésorier M. Blaizot : secrétaire des séances, M. Bécigneul.

Sont élus syndics : MM. Attimont, Grimaud, Joüon (Léon), Paillard, Porson, Teillais, Bachelot-Villeneuve, Chantereau, Cailleteau, Huet et Leroy.

Le Secrétaire des séances,

Dr J.-D. Bécigneul.

REPORTAGE MÉDICAL

La *Société obstétricale* tiendra sa session les mercredi, jeudi et vendredi, 5, 6 et 7 avril, dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

— Le Banquet annuel de l'*Internat*, présidé par M. Brouardel, aura lieu le samedi 8 avril, au restaurant Marguery.

Du 4 au 9, congrès français de chirurgie.

Du 4 au 7, congrès des Sociétés savantes à la Sorbonne.

Du 5 au 7, congrès français d'obstétrique et de gynécologie.

Du 12 au 25, congrès allemand de médecine interne, à Wiesbaden.

Du 12 au 15, congrès de chirurgie allemande à Berlin.

— *Elections à l'Académie.* — C'est M. le Dr Kelsch qui a été élu par 60 voix sur 74 votants, comme membre titulaire dans la section de Pathologie médicale en remplacement de M. Villemin.

M. Magnan, médecin de l'asile Sainte-Anne, a été nommé titulaire de la section d'hygiène par 59 voix sur 78 votants, en remplacement de M. H. Guéneau de Mussy.

— *Vente abusive de morphine.* — Un pharmacien de Reims vient d'être condamné à 500 francs d'amende pour avoir vendu à une de ses clientes des doses considérables de morphine. En l'espace de neuf mois, il avait délivré six litres d'une solution de morphine au cinquantième, contenant en outre du chlorhydrate de cocaïne au 100e.

Le ministère public, trouvant la condamnation insuffisante, en appelle a minimâ.

— *Encore une nouvelle maladie.* — Il nous a semblé que c'était plutôt au Reportage que dans la Semaine médicale que méritait de figurer la description de l'*absence de sensations voluptueuses chez la femme et de son traitement*, qui vient d'être sérieusement étudiée dans le *Journal de médecine de Paris*, par M. Voinoff. C'est d'Amérique que nous vient cette découverte. Voici une observation typique :

Il s'agit d'une femme de 21 ans, mariée depuis un an et demi ; réglée régulièrement ; mariage d'amour. Le mari est jeune, bien portant.

Les premiers rapprochements provoquent une douleur dans les organes externes et ne s'accompagnent pas de sensations voluptueuses. Puis chaque rapport sexuel provoque des douleurs dans tout le petit bassin avec malaise général, et sans trace de plaisir sexuel. Les troubles continuent en s'aggravant.

La malade est bien constituée, et légèrement nerveuse. Tous les organes sont sains. Sensibilité légèrement diminuée.

Le Dr Jasinsky, attribuant tous les symptômes morbides à l'absence de satisfaction sexuelle due à la diminution de la sensibilité des organes génitaux externes, propose la faradisation pour relever la sensibilité des téguments. Un pôle est mis sur l'épigastre et l'autre au niveau des organes génitaux externes ; séance quotidienne de six à dix minutes. Douche vaginale de 28° Réaumur et abstinence de coït. Après dix séances, la malade eut un coït accompagné de sensation voluptueuse très complète, sans aucun malaise. Les séances furent espacées ; le traitement dura deux semaines et le résultat fut excellent. Les téguments génitaux et les parois vaginales ont repris leur couleur rose naturelle. La guérison s'est maintenue.

Quoique l'observation n'ait pas toute la rigueur scientifique voulue, puisqu'elle n'a pas été prise complètement par le médecin traitant, cependant nous sommes, comme l'auteur lui-même, très satisfait du résultat.

Il y a là un essai qu'on ne peut qu'encourager ; car ce n'est pas seulement de la *gynécologie conservatrice*, c'est beaucoup plus, c'est de la *gynécologie créatrice*.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Lafon, de Sainte-Soulle (Charente-Inférieure), membre du Concours médical.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

No 3788. — M. le Dr Leneveu, de Trouville (Calvados), membre du syndicat de Pont-l'Evêque et présenté par M. le Dr H. Marais, de Honfleur.

No 3789. — M. le Dr Berrez, à l'Hermenault (Vendée), membre de l'Association des médecins de la Vendée.

No 3790. — M. le Dr Jacquin, à Jouaville par Batilly (M.-et-M.), présenté par M. le Dr Morice, d'Ouville.

No 3791, — M. le Dr Henry, de Roucy (Aisne), présenté par M. le Directeur.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'École de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

Liste avec prix net des bons livres pratiques recommandés.

Bureau (Dr), professeur agrégé d'accouchement. — **Guide pratique d'accouchement**, conduite à tenir pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couche. Bel in-8° de 420 pages avec figures. 6 fr., net **4 fr. 80**.

Bernheim (Dr S.). — **Traité clinique et thérapeutique de la tuberculose pulmonaire.** Gros in-8 raisin de 540 pages. **7 fr. 50**, net **6 fr.**

Traité élémentaire de Physiologie, d'après les leçons pratiques de démonstration, précédé d'une introduction technique à l'usage des élèves, par J.-V. Laborde, Directeur des Travaux pratiques de Physiologie à la Faculté, membre de l'Académie de médecine. Avec 130 figures dans le texte et 25 planches dans l'introduction. In-8 de 450 pages. Broché, **10 fr.** ; cartonné à l'anglaise, fer spécial, **12 fr.** ; net **8 fr.** ou **9 fr. 60**.

Quinquaud, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine. — **Thérapeutique clinique et expérimentale.** In-8 carré de 350 pages environ, avec figures. **10 fr.**

Monin (Dr E.), chevalier de la Légion d'honneur, officier de l'Instruction publique. — **Formulaire de médecine pratique.** Préface du professeur Peter.

Le *Formulaire de médecine pratique* du Dr Monin (nouvelle édition, 5e mille) doit son succès sans précédent à la précision et à la méthode hors de pair qui caractérisent l'ouvrage, livre de chevet pour le praticien. Toutes les indications thérapeutiques de la pathologie sont compendieusement détaillées et clairement élucidées, par ordre alphabétique, dans ce volume de 650 pages. **5 fr.**, net **4 fr.**

Monin (Dr E.), **L'Hygiène et le traitement du diabète**, volume in-18 raisin, cartonné à l'anglaise. **3 fr.**, net **2 fr. 40.**

Letulle (Dr). — **Guide pratique des Sciences médicales**, publié sous la direction scientifique du Dr Letulle, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des Hôpitaux. Encyclopédie de poche pour le praticien. Ouvrage in-18 de 1,500 pages, cartonné à l'anglaise, année 1892. **12 fr.**, net **9 fr. 60.**

Supplément pour 1892, net **4 fr.**

Jouin (Dr J.), ancien interne des hôpitaux de Paris, secrétaire annuel de la Société obstétricale et gynécologique de Paris. — **Des différents types de métrites,** leur traitement avec une préface de M. Péan, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. In-8° carré de 400 pages. **6 fr.**, net **4 fr. 80.**

AVIS : Messieurs les membres du Concours médical n'ont qu'à adresser un mandat du *prix net* pour recevoir *franco* chacun de ces ouvrages.

Si la commande dépasse trente francs, la société d'Editions Scientifiques ajoutera à titre de remise supplémentaire le volume : « Nos grands médecins d'aujourd'hui, par le Docteur Horace Bianchon », dont le prix est de **10 fr.**

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année N° 14 8 Avril 1893

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Médecins Civils et Médecins Militaires.

En raison de leur importance, nous publions en tête du journal, les deux lettres du *Président de l'Union* et du *Ministre de la Guerre*. Nous adressons les félicitations de tous les membres des Syndicats médicaux de France, adhérents ou non à l'*Union*, au Dr *Porson*, qui, parlant en leur nom a, par le succès de ses démarches, bien mérité de tous les médecins. Il a fait résoudre une question litigieuse, cause de nombreux conflits, qui, nous l'espérons, ne surgiront plus à l'avenir.

A. C.

Nantes, le 9 février 1893.

A Monsieur le Ministre de la Guerre,

Monsieur le Ministre,

Le Bureau de l'Union des Syndicats médicaux de France, appelé, dans sa dernière séance, à étudier les conditions de l'exercice de la médecine civile par les médecins militaires, à la suite de plaintes, qui lui ont été adressées par plusieurs syndicats de province, m'a chargé d'attirer votre bienveillante attention sur cette question, qui intéresse à un si haut point le corps médical tout entier.

Je dois tout d'abord vous déclarer, Monsieur le Ministre, qu'aucun des Membres de notre Bureau ne songe un seul instant à contester au médecin militaire le droit de pratiquer la médecine, en dehors de son service, lorsqu'il s'agit d'amis, de parents, et même d'inconnus dans des cas pressants ou en l'absence de tout médecin civil. Nous ne voudrions pas non plus contester ce droit au confrère militaire qui s'est acquis une réputation véritable dans une branche spéciale de la médecine ; le public ne doit pas être privé de ses lumières, s'il lui plaît de lui demander ses soins et, d'autre part, la science lui crée une situation exceptionnelle, dont on ne pourrait, sans injustice, ne pas tenir compte.

Mais il n'en est plus de même, Monsieur le Ministre, lorsque le médecin militaire pratique notre art avec l'intention bien manifeste d'en tirer un large profit, et pour cela, de se créer, en dehors de ses fonctions dans l'armée, une véritable clientèle civile. Car, en pareil cas, alors qu'il jouit déjà d'une situation qui doit lui assurer l'existence, il porte un préjudice grave à son confrère civil, sur lequel pèsent d'un poids de plus en plus lourd des charges de toute sorte ; impôts multiples, services peu ou pas rémunérés des indigents, des Sociétés de secours mutuels, etc. ; obligations auxquelles le médecin militaire échappe complètement.

Si le tort causé n'est pas très sensible dans les grands centres, s'il y suscite rarement des plaintes, il en est autrement dans certaines petites villes, et surtout dans les garnisons où le nombre des médecins militaires a augmenté en même temps que celui des effectifs.

C'est dans ces conditions que l'on a vu se produire des conflits entre militaires et civils, conflits qui ont donné lieu de la part de ces derniers, à des plaintes souvent justifiées, mais parfois aussi, nous devons le reconnaître, trop vives pour être écoutées, comme elles l'eussent mérité. Quelques-unes cependant ont été suivies de mesures disciplinaires prises par l'autorité militaire.

Je n'insisterai pas sur ce que peuvent avoir de fâcheux de pareilles divisions entre des hommes appelés, le jour d'une mobilisation, à concourir, sans distinction d'origine, à assurer les mêmes services. Dès le temps de paix, notre devoir est de nous efforcer de faire régner l'harmonie la plus complète entre les deux fractions du corps médical, pour en amener la fusion entière au moment du danger.

Je viens donc, Monsieur le Ministre, vous demander au nom de notre Association, de vouloir bien me faire connaître votre manière de voir sur cette délicate question, afin que mes confrères sachent d'une façon précise quels sont les droits de chacun.

Une fois bien fixé sur ce point, le Bureau de l'Union se chargera volontiers de toutes les plaintes qui lui seront transmises par les Syndicats médicaux, et ne vous soumettra que celles qui lui paraîtront justifiées, débarrassées de tout ce qu'elles pourraient renfermer d'irritant.

J'espère, Monsieur le Ministre, que vous voudrez bien apprécier l'esprit de conciliation qui nous anime, et donner satisfaction à la demande que je suis chargé de vous adresser.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance de mes sentiments les plus respectueux,

Le Président de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Signé : Dr L. PORSON.

Ministère de la Guerre

—

Direction du service de santé

—

BUREAU
des hôpitaux

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Le 30 mars 1893.

Le Ministre de la Guerre à Monsieur le docteur PORSON, *président de l'Union des syndicats médicaux de France.*

Monsieur le Docteur,

Vous avez, en votre qualité de Président de l'Union des syndicats médieaux de Franee, appelé mon attention sur les conditions de l'exereiee de la médecine civile par les médecins militaires, à la suite de réclamations qui ont été adressées par plusicurs syndicats de province ; à cette oceasion, vous déclarez que, « aucun des « membres du Bureau de l'Union des syndieats « médicaux de France ne songe un seul instant « à contester au médecin militaire le droit de « pratiquer la médecine en dehors de son service « lorsqu'il s'agit d'amis, de parents ou même « d'inconnus dans des cas pressants ou en l'a« sence de tout médecin civil. » Vous ne vo driez pas, ajoutez-vous, « non plus contester « droit au confrère militaire qui s'est acquis « réputation véritable dans une branche spéc « de la médecine, le public ne devant pas ê « privé de ses lumières, s'il lui plaît de lui « mander ses soins et, d'autre part, la scie « lui créant une situation exceptionnelle dont « ne pourrait, sans injustice, ne pas tenir co « te. »

En m'associant à ces idées conciliantes, dois tout d'abord vous faire connaître que puis 1888 les instructions confidentielles ann les, sur les inspeetions générales du service santé militaire, avaient défini très nettement conditions dans lesquelles il était permis, a médecins de l'armée, d'exercer leur art, dans clientèle civile et la décision que j'ai prise date du 30 mars courant, les reproduit en résumant ; en voici la teneur :

« *La pratique civile de la clientèle n'est com* « *tible avec la situation des médecins militaires* « *avec leurs devoirs envers l'armée que si elle* « *désintéressée et gratuite, le médecin militaire* « *vant se borner, en principe, à donner son conc* « *à ses confrères civils, sans jamais leur faire* « *concurrence indigne de la qualité d'officier* « *nuisible aux intérêts moraux de la médecine* « *mée. MM. les Directeurs du service de santé,* « *Médecins chefs, les chefs de corps et de ser* « *tiendront strictement la main à ce qu'aucun* « *officiers du corps de santé ne paie patente et* « *tienne en ville un cabinet de consultations.* »

Cette décision me paraît devoir résoudre d'u manière définitive la question sur laquelle vo avez bien voulu appeler mon attention ; elle s ra notifiée à tous les médecins militaires et vo pourrez la porter à la eonnaissance des *memb de l'Union des syndicats médicaux*.

Recevez, Monsieur le docteur, l'assurance mes sentiments très distingués.

Signé : Général LOIZILLON.

FEUILLETON

En 1868, nous avons publié quelques articles au sujet de la convenance sociale qu'il y aurait à voir créer, sur les bords de la mer, des Lycées de jeunes gens, des institutions pour jeunes filles, sur lesquels seraient dirigés, chaque année, par les médecins des établissements de l'Etat, les enfants qui, par leur état de santé, inspireraient des craintes. Nous estimons que les frais de déplacement, supportés par la famille, ne seraient pas un empêchement sérieux et que d'ailleurs, la santé des enfants rétablie, ils pourraient revenir à leur point de départ.

C'est un des motifs pour lesquels nous avons aceueilli volontiers la communieation suivante de l'un de nos plus anciens collaborateurs, dont nos lecteurs n'ont sûrement pas oublié les intéressants feuilletons.

A. C.

Pour les riches... s'il vous plaît !!

Oui.... pour les riches ! Pour eux, je tends la main.

En France, la Société, l'Etat viennent en ai à l'indigent, créent pour lui des établissemen hospitaliers, des asiles où ils sont instruits, tr tés, guéris, mais on ne fait rien, absolument rie pour une classe tout aussi intéressante, ce des gens fortunés ou simplement à l'aise.

Chaque jour, à chaque pas, nous rencontro dans les villes, des enfants malingres, chéti anémiés (véritable graine de phtisiques po l'avenir) qui étouffent dans ees eités popule ses, languissent, s'étiolent et finissent par su comber.

Personne ne s'en inquiète.

Et l'on parle de dépopulation ! Et l'on cherch un remède à cette dépopulation !!

Le premier, le plus simple consisterait à co server les êtres existants déjà, avant de s'occu per à en créer d'autres !!

Ces enfants appartiennent à des employé des fonctionnaires, des négociants qui ne recu leraient devant aueun sacrifice pour leur con server ou leur rendre la santé. Malheureusemen retenus par les néeessités de leur position so ciale, de leur commerce, ils ne peuvent trans

LA SEMAINE MÉDICALE

aitement des déchirures du périnée après l'accouchement.

M. le Dr *Wallich* donne d'excellents conseils r le traitement des déchirures du périnée rès l'accouchement et condamne absolument ncienne expectation, pratiquée par la plupart s médecins, même encore actuellement.

Que fait-on encore le plus souvent, quand on u la malechance de ne pouvoir éviter la déirure du périnée ? Dans les cas de rupture complète, on prétend que le simple rapproement des cuisses suffit.

Or, si ce procédé peut réussir en cas de déirures légères très superficielles, il est insufant, si les parties sous-tégumentaires sont mpues. Comme, d'autre part, il peut aussi houer, puisqu'il dépend de l'immobilité de la mme, de l'asepsie plus difficile à obtenir sur s lèvres de la plaie désunies, nous estimons 'il y a avantage à faire mieux, c'est-à-dire à unir les lèvres de la plaie.

Il n'est pas douteux que, dans un certain nome de cas, si la déchirure est superficielle, n'inesse que la muqueuse vaginale et la peau du rinée, les serres-fines doivent suffire à mainir la coaptation des lèvres de la plaie. Mais peut adresser aux serres-fines les reproches ivants :

Souvent elles dérapent, soit des deux côtés, it d'un seul côté ; elles y sont d'autant plus posées qu'elles font saillie au-dessus de la ie, et qu'il faut, pour ne pas les déplacer, endre de grandes précautions pendant les lettes des organes génitaux ou les injections ginales. Elles sont très rapidement souillées r le sang et ne peuvent pas être nettoyées. Il t à peu près impossible de les placer sur portion vaginale de la déchirure ; enfin, par saillie qu'elles forment, elles rendent les nsements occlusifs très difficiles. Il est beauup plus simple, et il n'est pas beaucoup plus douloureux, *même en cas de déchirure légère*, de pratiquer un ou deux points de suture.

Cette suture sera faite au crin de Florence, qui peut rester longtemps en place sans produire la moindre irritation, ni la moindre ulcération ; on peut même n'enlever les fils qu'après la cicatrisation complète.

Le signe de Mannkoff pour le diagnostic des douleurs.

M. *Strauss* vient de faire quelques recherches sur la valeur du signe de Mannkoff et nous croyons intéressant de les relater brièvement.

Ce signe consiste dans l'accélération du pouls sous l'influence d'une douleur réelle, que celle-ci soit spontanée ou provoquée (excitation, compression, etc.). Donc : possibilité de distinguer cette douleur réelle avec les douleurs simulées, où l'accélération du pouls manque.

M. Strauss a vérifié l'exactitude de ce signe dans la névralgie sciatique, la phtisie, la périostite du tibia et le rhumatisme articulaire. De plus, les ascensions et descentes des tracés sphygmographiques sont restées en rapport correspondant.

Le signe de Mannkoff n'a pas une valeur absolue ; mais, par sa coïncidence avec les déclarations du malade, il peut rendre service et, dans la pratique médicale militaire, servir à confondre les simulateurs.

Le chlorate de potasse dans les angines diphthériques et non diphthériques.

Le Dr *Cancalon*, de Charenton, nous engage à revenir au traitement par le chlorate de potasse des angines pseudo-membraneuses, car sa pratique, qui date déjà de seize ans, est loin d'être défavorable à l'usage de ce médicament. Voici comment il expose sa méthode dans la *Semaine médicale* : « On doit donner le chlorate de potasse en solution saturée suivant la formule suivante :

Eau distillée.................	200 grammes.
Chlorate de potasse..........	10 —

---

rter leur domicile dans un milieu plus sain.

L'assistance publique possède sur divers ints du territoire, aux bords de la mer, dans s régions des montagnes, des sanatoria pour érir les pauvres ; ces établissements spéciaux anquent pour guérir les riches et comme on peut les placer dans les maisons hospitaliès, réservées aux premiers, force est de les garr chez soi.

Alors on s'épuise en vaines tentatives. Consultions, médications nombreuses, aussi variées e coûteuses, rien n'est épargné.

Hélas ! un heureux résultat vient rarement counner tant d'efforts ! Il manque au jeune made un élément principal, qui est tout, sans uel les plus savants traitements ne font rien... ir pur !

En effet, ce facteur joue un si grand rôle, que intes fois, nous avons vu, dans nos stations rmales d'Auvergne, de jeunes citadins incables, à leur arrivée, de fournir la moindre urse, faire à la fin de la saison, des excurns longues et pénibles, prendre de l'embonnt, changer du tout au tout, par le seul fait leur séjour au grand air, et cela, sans avoir recours à un traitement hydrothérapique quelconque.

Chacun sait qu'il existe en Autriche, en Suisse, des *stations d'air*, des stations aérothérapiques fréquentées, dans le même but, par un grand nombre d'étrangers qui, chaque année au retour de la belle saison, viennent, là, refaire leur santé. Les résultats obtenus sont merveilleux.

Eh bien, pourquoi n'aurions-nous pas une station semblable sous ce climat éminemment salubre, hygiénique, des montagnes d'Auvergne, offrant aux familles aisées un séjour temporaire pendant la belle saison, pour leurs enfants maladifs ?

Supposons un collégien arrivant souffreteux aux termes de l'année scolaire. Au lieu de le laisser dépérir pendant les vacances au sein de la ville qu'il habite, il est envoyé dans cet établissement, ce sanatorium d'Auvergne (que nous supposons fondé). Grâce au séjour à la campagne, à la vie en plein air, aux soins dont il est entouré, il recouvre bien vite ses forces et se trouve, à la rentrée, dans les conditions les meilleures pour reprendre avec fruit le cours de ses études.

F. S. A. — A prendre : une cuillerée à soupe ou à dessert, suivant l'âge, et, suivant l'indication, d'heure en heure ou de deux en deux heures. En même temps, on supprime toute autre médication.

Toutes les fois, depuis quinze ans, que je me suis trouvé en présence d'une pharyngite pseudo-membraneuse, j'ai donné une solution sursaturée de chlorate de potasse, je l'ai donnée avec les précautions que je vais dire, avec une persévérance qui n'a jamais été déçue, sauf les restrictions qur je dois énoncer.

Les conditions du succès me paraissent être les suivantes : administrer le médicament avec rapidité, continuité et en fractionnant les doses. Au-dessus de six ans, une cuillerée à soupe d'heure en heure *nuit et jour* jusqu'à ce qu'on soit maître de la situation. Après vingt-quatre heures, il est rare qu'on ne puisse pas permettre au moins deux heures de repos consécutives. Cependant, si l'on ne veut pas perdre de terrain, il faut être rigoureux dès le début.

Que de fois, pour avoir ralenti le traitement, obsédé que j'étais par la réputation dangereuse du chlorate de potasse, j'ai dû reprendre la médication, ramené au point de départ par une nouvelle extension des fausses membranes.

Vingt-quatre cuillerées à soupe de solution saturée en vingt-quatre heures, en mettant la cuillerée à soupe ordinaire à 10 grammes seulement, et la température du liquide à 15°, font 240 grammes de liquide et 10 grammes au moins de chlorate de potasse ; or, il est bon d'ajouter que la cuillerée contient ordinairement plus de 10 grammes de la solution. Cette dose de 10 à 12 grammes de chlorate de potasse en vingt-quatre heures ne produit jamais d'effet toxique, pourvu qu'elle soit fractionnée comme je l'ai indiqué. J'ai eu soin également de recommander toujours de ne pas faire avaler l'excès de sel qui reste au fond de la fiole et, par conséquent, de *ne jamais agiter le flacon*. J'ai supposé que les cristaux pouvaient avoir une action mécanique fâcheuse sur la muqueuse digestive, sans parler des dangers de l'absorption d'une dose massive du [mé]dicament.

De plus, j'ai toujours prescrit le régime l[acté] et le café à mes malades, afin de faciliter [l'éli]mination par l'urine du chlorate de potass[e] [ou] plutôt du chlorure de potassium, son d[érivé] physiologique).

Le pouls a été presque toujours ralenti, [quel]quefois un peu déprimé. Je n'ai jamais con[staté] ni diarrhée, ni vomissements, ni aucune m[arque] d'intoxication.

Pendant les douze premières heures, la m[ala]die suit son cours. Les fausses membranes [con]tinuent à s'accroître, l'engorgement gang[lion]naire n'est pas modifié, la température fé[brile] se maintient, l'état général n'est pas amé[lioré]. Cependant la gorge devient plus humid[e], [la] sécheresse et la rougeur sont moindres, l[e ter]rain se modifie favorablement.

Après vingt-quatre heures, les symptômes [lo]caux et les symptômes généraux sont déjà [dimi]nués. Une abondante sécrétion lubrifie l'ar[rière-]gorge. Les membranes sont boursouflées, comme soulevées, le gonflement et la rou[geur] sont diminuées. Bientôt les fausses membr[anes] cessent de croître ; elles se dissocient et c[om]mencent à se résorber, sans qu'il soit beso[in de] les enlever mécaniquement. La fièvre tomb[e, le] facies s'améliore, l'engorgement ganglionn[aire] s'atténue : c'est un changement merveil[leux] pour celui qui a lutté au moyen des caut[érisa]tions locales, si pénibles, si lentes souv[ent à] agir !...

Ce mode de traitement doit être continu[é jus]qu'à ce qu'ait disparu la dernière greffe m[em]braneuse. Si l'on s'arrête avant que la g[orge] soit nette de fausses membranes, la sem[ence] bactérienne recommence à pulluler. »

Ce traitement serait d'une efficacité et d[e] rapidité remarquables. M. Cancalon af[firme] n'avoir eu que 4 décès par diphthérie da[ns sa] clientèle depuis 16 ans ; mais, il ajoute q[ue la] méthode ne lui paraît pas susceptible d'en[rayer] la diphthérie laryngée.

Mieux que cela ; un enfant est dans la nécessité de suspendre ces mêmes études pour cause de santé ; il est dirigé vers notre établissement. Là, un professeur s'occupe de lui, continue son éducation, et dans ces conditions, avec une somme de travail trois fois moindre, les progrès de l'écolier seront aussi rapides qu'au collège.

L'année suivante il pourra suivre la classe et il aura de plus acquis une constitution meilleure.

Notre établissement, on le voit, tient à la fois de l'institution, de la maison de convalescence, du sanatorium.

C'est tout cela en même temps. C'est l'institution, puisque l'enfant peut y continuer provisoirement ses études ; c'est la maison de convalescence, le sanatorium, puisque l'on y traitera par les moyens appropriés, balneation, hydrothérapie, gymnastique, exercices, promenades, électricité, etc., l'enfant maladif par suite de lymphatisme, d'anémie, de nervosisme, de surmenage, de tuberculose, etc.

Maintenant, je m'adresse au *Concours médical* qui a déjà tant fait au point de vue de notre procession et je dis à tous mes confrères : unissons-nous, soyons cinq ou six cents, plus s'il est [pos]sible afin que le sacrifice à faire (si sacrifi[ce il] y a !) soit plus léger ; mettons en commun [cha]cun 100 fr... c'est bien peu, et créons notre [éta]blissement !

« En France, disait, il y a quelques jours, [notre] maître le Dr Péan, en matière d'assistance p[ubli]que et d'enseignement, comme pour tout le [reste,] on attend tout de l'Etat Providence ».

Secouons notre inertie, notre esprit de [rou]tine, faisons par nous-mêmes, venons en ai[de à] nos clients aisés. Ce sera une bonne action [d'a]bord... un placement avantageux ensuite, j'en ai la ferme conviction.

Dr A. BARRY.

P. S. Ceux de nos lecteurs qui entreraient [dans] les vues de notre confrère et désireraient [des] renseignements particuliers, sont priés d[e s'a]dresser à lui, à l'adresse suivante : Dr A. B[arry,] à Viverols (Puy-de-Dôme).

En résumé, le chlorate de potasse peut être administré pendant plusieurs jours consécutifs à la dose de 10 à 12 grammes, pourvu que cette dose soit fractionnée. Il améliore rapidement l'état général, fait tomber la fièvre, soulève, détache, dissocie et fait résorber les fausses membranes pharyngiennes, de quelque nature qu'elles soient. Il fait l'antisepsie de l'arrière-gorge par la propriété qu'il possède d'être éliminé par la salive. Et c'est en quoi je trouve que cette méthode de traitement est au fond beaucoup plus rapprochée qu'elle n'en a l'air de la méthode actuelle de traitement local.

On peut du reste lui associer des topiques variés : gargarismes, irrigations, pulvérisations, cautérisations, etc. Si cette association nous paraît le plus souvent superflue, au moins permettra-t-elle aux adversaires du chlorate de potasse de l'expérimenter sans se croire désarmés.

L'absorption par la voie gastrique et par la voie rectale.

Les expériences récentes de MM. *Lemanski et Main* sur le degré d'absorption par le rectum et par l'estomac, viennent confirmer l'idée que pour les médicaments solubles, on a avantage, au point de vue de la rapidité d'absorption, à administrer ces médicaments en lavements.

C'est ainsi que l'iodure de potassium administré par le rectum apparaît dans la salive au bout de 10 minutes, tandis qu'il faut 15 minutes pour que l'élimination commence lorsqu'il est pris par la bouche. De même le salicylate de soude donné en lavement se montre 10 minutes plus tôt dans les urines que lorsque le malade le prend dans une potion.

Au contraire, le bleu de méthylène apparaît 1 heure 15 après l'administration rectale. Le salol se décompose surtout sous l'influence du suc pancréatique ; ainsi, les produits de dédoublement se montrent 30 minutes après qu'il a été absorbé par la bouche et 40 minutes après l'administration par le rectum. Il semble même que la térébenthine ne soit pas absorbée lorsqu'elle est donnée en lavements. Quand le cas est urgent, il y a donc avantage à connaître ces particularités : Pour l'éclampsie, pour le délire par exemple, il est incontestable que le chloral agira plus vite, si on l'administre en lavement. De même pour les stimulants diffusibles (l'acétate d'ammoniaque), pour les alcaloïdes solubles du quinquina, de l'opium, etc.

Récemment, M. le Dr *Condamin* de Lyon, préconisait un nouveau mode d'administration des alcaloïdes par le rectum.

Voici en quelques mots en quoi consiste ce procédé, pour l'administration de la solution de morphine par exemple.

Au lieu d'injecter par la voie hypodermique une seringue de Pravaz de la solution habituelle, on injecte le contenu de celle-ci dans le rectum au moyen d'une canule spéciale recourbée. Au premier abord il semble qu'il n'y a rien de nouveau dans ce procédé d'administration d'un médicament, puisque depuis fort longtemps on donne des lavements de laudanum, de chloral, de peptones, etc., et que depuis longtemps on utilise le rectum comme voie d'absorption. De même aussi on fait pénétrer par l'intermédiaire de suppositoires les substances médicamenteuses les plus diverses.

Avec les injections rectales, à condition de n'employer que de faibles doses de liquide 1,2 ou 3 c. m. c. de solution pouvant contenir deux à dix centigrammes de morphine ou d'un autre alcaloïde, on obtient une rapide absorption et, de plus, on n'expose pas le malade aux petits inconvénients des injections sous-cutanées (douleurs, abcès, eschares).

VOIES URINAIRES

Des cas dans lesquels la taille hypogastrique doit être employée.

Nous avons vu, dans un précédent article, que la taille est une opération facile, à la portée de beaucoup de praticiens et qu'elle est appelée à rendre, dans l'avenir, des services très appréciables, au point de vue du diagnostic et du traitement des affections vésicales. Il nous reste à examiner quels sont les cas dans lesquels la cystotomie sus-pubienne doit être utilisée.

La taille hypogastrique correspond à plusieurs indications thérapeutiques que l'on peut ranger dans les chapitres suivants :

1° Extraction de calculs et de corps étrangers ;
2° Cathétérisme rétrograde ;
3° Cystite et hypertrophie prostatique ;
4° Tumeurs vésicales ;
5° Opérations sur la prostate, cathétérisme urétéral, rupture de la vessie, etc.

Les trois premiers chapitres rentrent, pour ainsi dire, dans la pratique chirurgicale courante : les deux derniers sont, au contraire, beaucoup plus rares comme utilisation.

1° *Extraction de calcul et de corps étranger.*

Au mois de janvier 1885, M. le Dr Volkmann, dans le Congrès des naturalistes de Magdebourg, mit à l'index la lithotritie, prétendant que ce n'était pas là une opération appropriée à la période d'antisepsie préconisée actuellement. Appuyant cette idée, M. le Dr von Bergmann, tout en admettant certains avantages de la lithotritie, faisait observer, dans ce même Congrès, que cette opération nécessite des mains fort habiles et très exercées, que l'on peut laisser des fragments : aussi préférait-il une taille bien faite que tout chirurgien est capable de pratiquer, après s'y être exercé une fois sur le cadavre, tant cette opération est simple.

Déjà avant cette discussion, M. le Dr Thompson avait écrit sur le même sujet une phrase très juste : « Celui qui ne possède pas l'habileté nécessaire pour faire la lithotritie doit opter pour l'opération de la taille, car celle-ci offre aujourd'hui beaucoup plus de chances de succès. »

Il est évident qu'entre une lithotritie pratiquée par des mains novices et une taille bien exécutée, le doute n'est pas possible : mais faire de propos délibéré la taille dans tous les cas où l'on doit extraire un calcul est une opinion radicale qu'il faut combattre catégoriquement. Quel est le médecin qui, atteint d'un calcul vésical, n'acceptera pas la lithotritie au lieu de la taille si la première est possible ?

Ce n'est donc pas sur de pareilles considérations que doit se baser le choix entre la taille et la lithotritie lorsqu'il s'agit de l'extraction d'un calcul. Il est facile, en France du moins, de trouver des chirurgiens pratiquant très bien le broiement et cet été, j'ai pu me rendre compte qu'il était souvent utilisé à Constantinople : donc cette opération est de pratique courante dans de bonnes conditions.

Des chirurgiens ont cherché d'autres bases pour se diriger dans le choix de l'une ou de l'autre de ces deux opérations : grosseur du calcul, sa dureté, état de la vessie, des reins, des urines ; dimensions de l'urètre, modifications de la prostate sénile. Il ressort actuellement de tous ces travaux qu'il est impossible de fixer des règles absolues et de délimiter d'une façon précise les cas tributaires du broiement et ceux réclamant l'incision : la grosseur de la pierre n'est pas une raison absolue de taille, pas plus que sa dureté, par exemple.

Chaque cas particulier doit être étudié en pesant les avantages et les inconvénients de telle opération, et le chirurgien sera guidé dans sa détermination par les différents états morbides que je viens de signaler. Le calcul peut être petit et cependant la lithotritie impossible : si la vessie est intolérante, qu'elle coiffe les mors de l'instrument et les empêche de manœuvrer, si elle est *en portefeuille* : si les urines sont tellement purulentes et ammoniacales qu'il y ait utilité à faire de grands lavages vésicaux répétés avec de grosses sondes, s'il est nécessaire de donner un repos complet à la vessie, la taille sera indiquée : le passage des instruments par l'urèthre, la facilité de leur introduction sont aussi à étudier : l'âge du malade peut enfin peser d'un poids sérieux dans la conduite à tenir.

En résumé, en ce qui concerne les calculs, la lithotritie sera la méthode de choix dans la pluralité des cas, mais il se présente cependant des observations où elle doit céder le pas à la taille et cela, dans des circonstances qui ne peuvent être mathématiquement établies et doivent être laissées à la sagacité et au savoir du chirurgien.

Donc quand on est appelé pour extraire un calcul de la cavité vésicale, on ne doit pas avoir d'idée préconçue sur le choix de l'opération : ce n'est qu'après avoir bien examiné le malade, tâté la susceptibilité des reins par un traitement préparatoire, essayé de modifier les urines et la vessie par des lavages ou des sondages, parcouru le canal de l'urèthre avec un instrument explorateur, etc., que l'on prendra une décision.

Il en sera de même pour l'extraction des corps étrangers : cependant il est utile, pour ne pas dire indispensable, d'essayer d'abord la prise au moyen du lithotriteur pour les corps souples et pour les corps durs, longs : il y a quelques années, grâce à une méthode préconisée par Caudmont, j'ai pu, avec un lithotriteur ordinaire, retirer une goupille de fer longue de 6 cent. et de la grosseur d'un tuyau de pipe : la difficulté, dans ces cas, consiste à mettre l'axe du corps long dans celui de l'instrument.

Les mors du lithotriteur et d'un instrument établi *ad hoc* saisissent généralement les corps flexibles : mais il a été relaté des cas de taille pour des bougies conductrices tombées dans la vessie. Suivant un dicton connu, on peut trouver de tout dans la vessie : c'est donc la composition du corps étranger qui devra d'abord guider dans le choix de l'opération : il ne faut pas oublier aussi que ces corps peuvent être incrustés de matières calcaires.

Quand l'opération de la taille a été décidée pour l'extraction d'un calcul ou d'un corps étranger, le chirurgien sera muni de tenettes ; l'incision vésicale sera en proportion de la grosseur du calcul, de manière à ne pas déchirer les bords de l'incision en faisant passer le corps étranger : le ballon de Petersen ne sera enlevé qu'après l'extraction : dans ces cas de cystotomie sus-pubienne, la suture vésicale donne de très bons résultats : il est vrai que la vessie revient sur elle-même d'une façon telle que la réunion simple se fait aussi très vite, surtout lorsque les urines sont normales, ce qui est fréquent dans les cas de calcul d'acide urique : si l'on fait la suture complète de la vessie, il est bon de ne pas fermer complètement la plaie abdominale pendant 4 à 5 jours. La vessie sera maintenue vide et au repos, soit par une sonde (de Malécot ou de Pezzer) placée dans l'urèthre, si l'on fait la suture complète de la vessie, soit par un tube Périer Guyon, si l'on établit le courant par la plaie hypogastrique.

2e Cathétérisme rétrograde.

Le cathétérisme rétrograde entrera, à l'avenir, de plus en plus dans la pratique courante : il est déjà presque uniquement recommandé quand on est en présence d'une rupture traumatique de l'urèthre ne permettant pas le cathétérisme normal. Avant la réapparition de la cystotomie sus-pubienne, en cas de rétention d'urine avec cathétérisme difficile ou de rupture uréthrale traumatique, le chirurgien s'évertuait à traverser le canal avec des instruments de toute forme et de toute dimension : il était nécessaire d'arriver quand même à vider la vessie et la ponction hypogastrique était la suprême ressource : mais cette dernière ne donnait pas toujours une réussite complète, car les causes qui avaient amené la rétention se reproduisaient assez souvent. Actuellement nous avons entre les mains une opération sûre, simple, assez inoffensive, qui nous permet de ne pas perdre un temps précieux dans des recherches délicates, et pour ma part, je n'hésite plus à l'utiliser, dès que les moyens classiques ordinaires ont échoué ; on ne doit pas oublier, surtout lorsqu'il s'agit de vieillards, que la surdistension vésicale, la congestion sont des phénomènes graves, qui doivent être supprimés au plus vite et qu'il faut éviter à tout prix, la propagation de ces états morbides jusqu'aux reins déjà plus ou moins sclérosés par l'âge.

La taille hypogastrique est donc appelée à rendre de grands services quand il s'agit de supprimer une rétention d'urine *à répétition* ou de faciliter le passage d'arrière en avant d'une sonde à travers l'urèthre.

La sonde qui doit être employée dans ce genre de cathétérisme est une sonde molle, en gomme : elle est introduite guidée sur l'index de la main gauche placé perpendiculairement et au contact de la symphyse pubienne, la pulpe du doigt à l'entrée du col. Si aucune incision n'a été faite sur l'urèthre, le bec de la sonde ressort par le méat et il est facile d'y attacher avec du fil le bec d'une sonde molle en caout-

chouc ou d'une autre sonde en gomme et de lui faire parcourir ainsi le canal en tirant du côté de la vessie. Quand on a été obligé de faire l'uréthrotomie externe, la jonction des deux sondes se fait à la hauteur de la boutonnière, chaque sonde ayant parcouru une partie du canal.

Quand l'opération est terminée, on peut, comme dans le cas précédent, suturer la vessie et ne laisser que la sonde uréthrale, mais si les urines sont purulentes, si l'on craint de nouvelles rétentions, il vaut mieux assurer le repos de la vessie et l'écoulement du liquide urinaire par un tube hypogastrique tout en laissant en place celui de l'urèthre. Des chirurgiens préfèrent ne placer qu'un tube qui, entrant par la plaie hypogastrique, ressort par le méat d'arrière en avant et est percé de trous dans la partie qui séjourne dans la vessie.

Il peut arriver qu'après l'opération et quand la vessie au bout de quelques jours est refermée que la rétention se reproduise : ce serait donc une nouvelle opération à pratiquer. Pour combattre cette éventualité, des chirurgiens se sont proposés de faire un méat artificiel au moyen de l'incision hypogastrique et d'y placer une canule à demeure ou de pratiquer le cathétérisme par cette voie improvisée. M. le Dr Rohmer, de Nancy, a étudié cette question, il y a quelques années et dernièrement M. le Dr Poncet, de Lyon, a appliqué cette méthode à un professeur éminent qui a décrit plus tard ses sensations et tracé une technique opératoire d'autant plus instructive que le savoir se joignait à l'expérience personnelle. L'étude de la question de la création d'un méat artificiel ou d'une fermeture de la vessie après quelque temps d'évacuation artificielle, demanderait quelques développements ; la grande difficulté pour résoudre la question, est de savoir quels sont les cas d'application de l'une ou l'autre méthode : les indications ne sont pas précisés actuellement et tel malade auquel on inflige un méat artificiel aurait pu peut-être se trouver complètement remis après la fermeture vésicale complète ; il n'est pas facile de dire, d'emblée, quelle est la méthode utile dans tel ou tel cas.

3° *Cystite et hypertrophie prostatique.*

Si la cystotomie sus-pubienne peut être d'une grande utilité comme intervention d'urgence dans les cas de rétention d'urine absolue et invincible, c'est surtout dans les cas de cystite ou d'hypertrophie prostatique avant que les lésions profondes des organes urinaires hypérémiés se soient définitivement établies ou soient devenues inguérissables que cette opération a étendu son champ pour ainsi dire curatif. Elle est actuellement préconisée contre beaucoup de cystites chroniques ou aiguës, même non accompagnées de rétention complète, qui, par leur permanence ou les douleurs qu'elles occasionnent, rendent la vie intolérable et même la mettent en danger : d'après mon expérience personnelle, c'est, peut-être, dans ces conditions pathologiques spéciales que la taille hypogastrique est appelée a rendre des services indéniables. Tant que l'inflammation se confine dans les voies urinaires inférieures, le malade peut vivre longtemps, mais il faut éviter à tout prix qu'elle franchisse cette limite. Comment peut-on parer à cette invasion à juste titre si redoutable des uretères et des reins ? En évitant le séjour prolongé et continu de l'urine infectée dans le réservoir vésical, en empêchant les microbes pathogènes de monter par l'uretère jusqu'aux reins, en combattant la distension et la congestion de la vessie, en rendant à ce réservoir une partie de son ressort expulseur. Quand les moyens ordinaires n'ont pas donné de résultats satisfaisants, le chirurgien ne doit pas hésiter à pratiquer la taille sus-pubienne. Avec elle on nettoie la vessie à fond avec les gros tubes sus-pubiens, tubes dont les ouvertures ne peuvent être bouchées par les mucosités visqueuses du catarrhe vésical ; le lavage est ainsi complet ; l'urine est ainsi évacuée sûrement au fur et à mesure de son arrivée dans le réservoir, et la vessie, au repos le plus complet, peut reprendre de la tonicité. Par l'ouverture sus-pubienne, la muqueuse vésicale peut être raclée, écouvillonnée, cautérisée, modifiée au moyen d'applications antiseptiques, procédés inapplicables par le canal de l'urèthre.

Il est difficile de fixer le temps pendant lequel la vessie doit être laissée ouverte et les tubes maintenus en place.

Les injections doivent toujours être faites avec une seringue et il faut toujours s'assurer que les tubes fonctionnent régulièrement : quelquefois l'extrémité qui plonge dans la vessie s'incruste de matières calcaires : on doit employer alors des injections légèrement acides et les tubes doivent être changés tous les cinq jours. Les liquides à employer pour ces injections sont l'eau boriquée à 4 %, la solution argentique à 1/500 ou 1/300, l'eau bouillie salée, quelquefois le permanganate de potasse, en solution très faible 1/5000e. Quand l'opération a pour but la thérapeutique d'une cystite, l'incision vésicale doit être petite et simplement suffisante pour le passage des tubes : cette incision se referme d'elle-même quand il a été jugé convenable de supprimer le drainage.

Les deux derniers chapitres nous occuperont peu, ils ne sont plus de pratique courante : la résection des lobes prostatiques est une opération qui est loin d'avoir fait ses preuves et de donner des résultats heureux. Peu employée en France, elle a trouvé un meilleur accueil en Amérique.

Les tumeurs vésicales ont bénéficié de la taille hypogastrique : tous les jours les observations viennent démontrer que la réussite peut être obtenue dans certains cas particuliers ; mais, en résumé, la statistique n'est pas encore assez favorable pour permettre de recommander cette opération d'une façon générale. La cystotomie est surtout utile dans les cas de tumeurs au début, de tumeurs pédiculées de nature bénigne ; mais il est assez difficile d'examiner un malade porteur d'une tumeur naissante, tellement les symptômes en sont insidieux et effacés à cette époque.

Les ruptures traumatiques de la vessie sont au contraire tributaires de la taille hypogastrique ; quand le diagnostic est sûr ou simplement douteux, je crois qu'il ne faut pas hésiter à faire l'incision sus-pubienne pour aller suturer la vessie : mais ce diagnostic est entouré de nombreuses difficultés et cependant il est nécessaire de se décider promptement.

Résumer dans un article des considérations pathologiques qui demanderaient une brochure

pour être développées complètement n'est pas une tâche facile : je crois cependant avoir relaté suffisamment la conduite à tenir dans les différents cas de pratique qui peuvent se présenter, et je serais heureux d'avoir fait passer dans l'esprit du lecteur la conviction que la taille hypogastrique est appelée à rendre de grands services dans des états morbides qui, bien souvent, auparavant, étaient au-dessus des ressources de l'art et devant lesquelles le chirurgien restait désarmé.

Dr Delefosse.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'Assistance médicale devant le Sénat.

(*Suite et fin.*)

Si l'on consulte l'exposé des motifs sur l'exclusion du médecin de toute participation à l'organisation du Bureau d'assistance, on voit simplement cette affirmation qu'il *paraît impossible d'attribuer au médecin un pouvoir de décision dans une question, qui le touche personnellement.*

On dirait en vérité que le médecin a un intérêt opposé à celui de la bonne organisation du service ! Est-ce qu'au contraire son intérêt personnel n'est pas le meilleur garant de son impartialité, puisqu'il lui conseille de repousser quiconque peut payer ses frais de maladie et d'admettre au contraire quiconque est dans l'impossibilité de le faire ?

Mais, à lui seul, le médecin pourrait composer la liste ! Et cette liste, qu'on le sache bien, serait plus équitable et plus impartiale que celle qu'établira le Bureau d'assistance et que rectifiera le Conseil municipal.

Nous ne demandons pas tant, qu'on se rassure : nous voulons simplement une place pour le médecin au Bureau d'assistance et l'admission de tous les médecins du service lors de la confection de la liste.

Ce que demandait dans son amendement M. le professeur Cornil n'est pas suffisant ; les réponses du commissaire du Gouvernement ne sont point satisfaisantes. Il faut faire campagne en faveur du vœu émis par l'Union des syndicats et le Concours médical (1).

Il faut obtenir qu'un sénateur le reprenne sous forme d'amendements aux articles 10 et 12, et insiste pour son adoption.

On ne peut arguer que le vote d'un amendement entraînera un retard dans la promulgation de la loi, puisque dès maintenant il est certain que la loi devra retourner à la Chambre des députés.

Des autres articles nous avons peu de choses à dire : ou bien ils ne concernent pas directement le corps médical, ou bien ils paraissent rédigés d'une manière convenable : C'est ainsi qu'il est dit que *les honoraires des médecins, chirurgiens et sages-femmes du service d'assistance à domicile*, le prix *des médicaments et appareils* sont fixés par le Conseil général dans chaque département ; que *ces dépenses sont obligatoires*, etc...

Nous arrivons à l'article 34 :

(1) Voir le texte de ce vœu au n° 12, 25 mars 1893.

Les médecins du service de l'Assistance médicale gratuite ne pourront être considérés comme inéligibles au Conseil général ou au Conseil d'arrondissement, à raison de leur rétribution sur le budget départemental.

Cette disposition introduite dans la loi est très importante, car, avec le régime actuel, plusieurs de nos confrères avaient vu contester leur élection, d'autres avaient dû faire abandon de l'indemnité plus que modeste qui leur était allouée.

Enfin, l'article 35 réserve aux communes suffisamment pourvues le droit de conserver leur organisation municipale :

Les communes ou Syndicats de communes qui justifient remplir d'une manière complète leur devoir d'assistance envers leurs malades, peuvent être autorisés par une décision spéciale du ministre de l'Intérieur, rendue après avis du Conseil supérieur de l'Assistance publique, à avoir une organisation spéciale.

A l'occasion de cet article s'est élevée une discussion assez longue et qui nous a paru quelque peu étonnante.

M. Camescasse demandait quel sera le sort des départements, qui ont actuellement un service d'assistance plus ou moins perfectionné, s'ils resteraient en dehors de la loi, s'ils participeraient aux subventions de l'Etat.

La question pouvait être résolue immédiatement : la loi est faite pour toute la France, tous les départements devront s'y soumettre, tous participeront à ses bienfaits comme à ses charges. Quant à l'organisation particulière à chaque département, le conseil général restera maître de l'édicter ; il suffira qu'elle reste dans les conditions générales prévues par la loi.

Ceci ne nous avait jamais paru faire doute ; il a fallu cependant de très longues explications pour bien l'établir. Bornons-nous à transcrire quelques-unes des déclarations de M. Monod, commissaire du Gouvernement :

Comme j'ai eu l'honneur de le dire au Sénat lundi dernier, une des principales préoccupations des auteurs de la loi a été de concilier l'obligation du secours avec la liberté la plus grande possible laissée aux conseils généraux pour l'organisation du service. Il n'a jamais été question, comme semble le croire l'honorable M. Camescasse, de laisser des départements en dehors du fonctionnement de la loi ; il n'y a pas un mot dans la loi qui suppose que certains départements puissent rester en dehors de l'exécution et du fonctionnement qu'elle établit.

J'ai fait remarquer, dans l'avant-dernière séance, que cette liberté des conseils généraux était nécessairement limitée par quelques principes, dont l'observation intéresse l'ordre public.

Quelle peut être dans ces conditions la portée de l'amendement de M. Camescasse ?

Ou bien le département respectera dans l'organisation instituée par lui ces principes généraux, et s'il le fait, il n'a pas besoin de l'amendement pour se mouvoir en pleine liberté. Ou bien l'organisation qu'il a instituée ou instituera porte atteinte à un ou plusieurs de ces principes, et, dans ce cas, l'intérêt général exige que sur ces points limités il rectifie son organisation.

Je prends un exemple : Un département a déterminé la part contributive des communes dans la dépense et a donné à cette dernière un caractère fixe. Il a dit : La part de la commune sera fixée à 1 centime communal ; ou bien : la commune payera tant par tête d'habitant.

Or, j'ai essayé de vous montrer, messieurs, qu'il y a un intérêt de premier ordre à ce que la contribution communale ne soit pas fixée, à ce qu'elle soit

proportionnelle au nombre des personnes portées sur la liste, à ce que la commune soit financièrement intéressée à la limitation de cette liste ; et l'honorable M. Loubet vous montrait à son tour, que l'application de ce principe aurait pour résultat, certain de diminuer les dépenses. Si donc un département a jusqu'ici commis ce que le conseil supérieur, le congrès, la Chambre des députés considèrent comme une grave erreur, le conseil général devra, si la loi reste telle que nous l'avons proposée, rectifier sur ce point son organisation.

Comment, par exemple, un département pourrait-il avoir sur le domicile de secours, sur les soins à donner en cas d'urgence, une organisation distincte de l'organisation générale, alors que ces questions risqueront de le mettre chaque jour en contact, peut-être en conflit, avec d'autres départements ? La seule matière du domicile de secours, du recours possible d'un département contre un autre, suppose une organisation générale, reposant sur un certain nombre de points fixes.

En résumé, le système proposé ne pourrait procurer un résultat sérieux qu'en créant entre les départements et les communes, au point de vue de la répartition des subventions, des inégalités de traitement auxquelles je crois qu'il vaut beaucoup mieux couper court dès à présent par la loi, que d'avoir à s'y opposer plus tard lorsqu'elles seraient sollicitées en faveur de tel ou tel département. (*Très bien !*)

M. Camescasse. Je me borne à prendre acte de la déclaration de M. le commissaire du Gouvernement, à savoir que les départements ayant déjà une organisation, susceptible d'amendement, cela étant entendu, ont absolument droit à la subvention de l'État au même titre que ceux qui n'ont encore rien fait. C'est bien entendu, monsieur le commissaire du Gouvernement ?

M. le président. La déclaration a été formelle.

M. Camescasse. J'en prends acte et je retire mon amendement.

C'était la fin de la discussion et le Sénat décidait ensuite qu'il passerait à une seconde délibération.

Cette nouvelle discussion viendra sans doute en mai. Nous ne saurions trop engager nos confrères à profiter des vacances parlementaires qui vont s'ouvrir pour insister près des sénateurs de leurs départements sur les questions qui nous intéressent plus spécialement et en particulier sur le relèvement de l'autorité morale du médecin qu'on nous paraît ravaler plus que de raison.

Tout ne sera pas perdu, parce que la loi donnera au médecin des droits que pourra avoir, de par la volonté d'un conseil municipal, le premier imbécile venu.

A. Gassot.

Association médicale mutuelle du département de la Seine.

Sixième Assemblée générale annuelle du 19 février 1893.

Cette assemblée a eu lieu au grand amphithéâtre de la Faculté. M. le Secrétaire général a prononcé l'allocution suivante :

Messieurs,

Notre association continue sa marche prospère, et l'année qui vient de s'écouler est venue confirmer une fois de plus l'exactitude de nos prévisions. Notre recrutement s'est effectué dans de bonnes conditions, et 39 nouvelles adhésions sont venues grossir notre effectif. Malheureusement la mort nous a encore atteint en la personne du docteur Bersonnet, subitement enlevé à l'affection des siens. Notre confrère, le docteur Reliquet, qui ne s'était joint à nous que pour encourager nos débuts, nous voyant en pleine prospérité, nous a adressé sa démission. Enfin, Messieurs, nous avons été forcés de faire l'application des règlements à ceux de nos confrères qui, après avoir reçu les sommations réglementaires, ne se sont pas mis en règle avec le trésorier. Nous vous répétons encore une fois qu'il est indispensable que les recouvrements se fassent régulièrement, d'abord pour la prospérité de l'œuvre, et ensuite pour nous épargner un surcroît d'écritures, auquel il est difficile de suffire. De plus, lorsque vous avez de l'argent à envoyer, nous vous prions vivement de l'adresser au trésorier, et pas au président ou à moi, ce qui complique encore inutilement les choses.

Ceci dit, félicitons-nous de l'heureuse santé dont presque tous nous avons joui pendant cette année. En effet, nous n'avons eu à enregistrer que 607 jours de maladie qui, répartis entre 230 sociétaires, ne représentent pas une moyenne de 3 jours par tête. Cet heureux état de chose accroît dans de bonnes proportions notre réserve. Cependant, Messieurs, les choses n'iraient pas plus mal, si nous avions des charges plus fortes. Certes, je suis des premiers à me réjouir de voir notre réserve devenir imposante, mais il ne faut pas oublier qu'on doit juger de la fortune d'une association comme la nôtre encore plus aux sommes payées qu'aux sommes capitalisées. Et ceci est vrai, même en présence des nouvelles conditions économiques qui nous sont faites, et sur lesquelles, je vous demande la permission d'attirer un instant votre attention. Vous savez, Messieurs, que nos capitaux, confiés à la Caisse des Dépôts et Consignations, bénéficiaient d'un intérêt de 4 1/2 pour cent. Actuellement l'intérêt n'est plus que de 3 1/2, et nous devons prévoir un nouvel abaissement dans un avenir plus ou moins lointain. Ceci constitue et constituera une perte sèche pour notre association et doit modifier nos premières évaluations dans de certaines limites qu'il s'agit de déterminer. Disons de suite que, pour un capital de 100,000 francs, en mettant que le taux de l'intérêt n'est plus ou ne va plus être qu'à 3 % au lieu de 4 1/2, nous éprouvons une perte annuelle de 1,500 francs. Ceci représente 150 journées de maladie qui, réparties sur les 300 sociétaires que nous serons l'an prochain (actuellement 250), nous donne une demi-journée par sociétaire et par an, qu'il faut ajouter à notre risque moyen. Il est bon de noter ce fait, il faut en tenir compte, car cette petite augmentation, en apparence insignifiante, d'une demi-journée de risque par an et par sociétaire, ramène à 59 ans l'âge auquel la cotisation couvre exactement les risques prévus, alors que jusqu'ici cette période d'égalité entre le risque et la recette correspondait à l'âge de 61 ans. — A 61 ans, les risques étaient de 11,98 pour 12 de recette. Grâce à la demi-journée d'augmentation, nous arrivons à 59 ans avec 11,75 de risque pour 12 de recette. Vous comprenez, Messieurs, l'importance de ce fait ; vous ne m'en voudrez pas d'exposer brièvement la principale indication qui en découle. La question est celle-ci : Devons-nous abaisser cette limite ? A la question ainsi posée, la réponse est facile, car nous répondons oui et non. Non pour conserver les 45 ans limite, Oui pour abaisser la limite. Mais quelle sera la nouvelle limite.

Cette détermination, Messieurs, a nécessité une étude sérieuse et a entraîné une telle série de calculs, une telle avalanche de chiffres, que je n'ai pas le courage de vous en accabler, et que je m'en tiendrai à l'exposé seul des conclusions qui, je pense, vous satisferont complètement. Vous savez, Messieurs, qu'une des obligations les plus intéressantes de notre association envers ses membres est d'allouer une indemnité au décès de l'associé, après dix ans de participation. Vous savez aussi que, dans l'esprit de vos fondateurs, cette indemnité, égale à la part entière du capital-réserve revenant à chaque associé, était versée quelle que soit la somme touchée en une ou plusieurs fois à titre d'indemnité de maladie. Eh bien, Messieurs, si nous tenons compte des indications fournies par : 1° La loi de la mortalité en France d'après Deparcieux ; 2° La table de mortalité de la Caisse des Dépôts et Consignations ; 3° La table de mortalité des vingt Compagnies anglaises ; 4° La table des risques moyens de maladie d'après G. Hubbard et Prosper de Laffitte ; 5° Du taux de l'intérêt à 3 % l'an, nous sommes amenés à conclure, si nous considérons 71 ans comme li-

mite d'âge, que ce remboursement peut être effectué sans danger pour les associés entrés de 21 ans à 30 ans, tout en assurant (ce qui prime tout) le service de l'indemnité-maladie. Pour les associés entrés entre 30 et 40 ans, le capital-réserve est naturellement moins fort, et il y aura lieu de prendre, au moment de la détermination du taux de l'indemnité remboursable au décès, des mesures de sage prévoyance. D'autant plus que nous devons assurer le service des risques non déterminés au delà de 71 ans. Dans tous les cas, le maintien du remboursement total au décès ne pourra être conservé pour les associés entrant après 40 ans. Or, dans une proposition de modification possible des statuts, l'administration laisse toujours augmenter, mais jamais diminuer, les avantages faits aux associés. Il n'est donc pas question ici, ni de diminuer l'indemnité-maladie, ni de supprimer l'indemnite-décès ; il est simplement question de savoir si nous ne devons pas abaisser la limite d'admission à 40 ans, ce qui est notre opinion.

Pour l'année qui vient de s'écouler, nous nous sommes déjà inspirés de cette idée et vous pouvez constater que nos 39 nouveaux adhérents ont 35 ans et 5 mois comme moyenne d'âge, ce qui est absolument parfait. Nous en ferons autant pour l'année qui commence, et c'est dans les conditions de la plus parfaite sécurité, que nous allons poursuivre l'étude, dont je viens d'exposer les principaux points devant vous. Dans ce but, Messieurs, nous vous demandons d'adjoindre au bureau et aux 10 administrateurs de l'année, 12 membres associés qui formeront une commission d'études de 30 membres. Pendant le cours de l'année, cette commission étudiera les questions soulevées, et vous soumettra, à l'assemblée générale, les solutions qui paraîtront le plus conformes à vos intérêts et vous déciderez en parfaite connaissance de cause. Nous vous proposons, Messieurs, de nous adjoindre les confrères que je vais vous nommer par rang d'ancienneté sur nos registres, et qui ont déjà participé au fonctionnement de l'association. Ce sont : Messieurs De Cours, Rotillon, Laborde, Tripet, Le Pileur, Savornin, Prengrueber, Chevallereau, Langlois, Putel, Roeser, Larcher. Le travail considérable dont je viens de donner quelques aperçus, et qui va servir de base à nos études, est l'œuvre de notre Président, qui vient encore de rendre à notre Association un service inappréciable, en lui consacrant six mois d'un travail constant et peu récréatif. Je vous propose, Messieurs, de voter à notre fondateur, M. Gallet-Lagoguey, une adresse de profonde reconnaissance pour les services rendus, qui lui dise en outre les vœux sincères que nous formons tous, pour que, rapidement guéri, il reprenne sa place au milieu de nous.

RAPPORT DU TRÉSORIER

Avoir au 1er *janvier* 1892

A la Caisse des dépôts et consignations	52.416 25	
Intérêts échus pour l'année 1891	2.081 80	
Espèces entre les mains du trésorier	940 45	
Fonds disponibles à la Société Générale	2.866 95	
		58.305 45

Recettes de l'année 1892

Droits d'entrée	760 »	
Amendes	305 »	
Cotisations :		
1° des membres participants	27.075 »	
2° des membres honoraires	270 »	
Intérêts du compte de la Société générale	18 40	
Intérêts des capitaux placés pour l'année 1891 ...	1.516 25	
	29.944 65	88.250 10

EMPLOI DES FONDS

Indemnités

Indemnités payées pour 600 jours de maladie		6.070 »	

Frais de gestion

Recouvrement des cotisations	381 75		
Imprimés, comptes rendus, quittances, bulletins de vote, affranchissements, etc	300 10	1.021 85	
Frais d'Assemblée générale	40 »		
Appointements du comptable	300 »		
			7.091 85

Fonds placés et disponibles

Fonds placés à la Caisse des dépôts et consignations :		
Années antérieures	54.498 05	
Année 1892	25.916 25	80.414 30
Fonds en compte à la Société générale	105 80	
Fonds disponibles entre les mains du trésorier ..	638 15	
		88.250 10

Avoir de l'Association au 31 *décembre* 1892

Caisse des dépôts et consignations ..	80.414 30
Espèces entre les mains du trésorier.	638 15
Fonds disponibles à la Société générale	105 80
	81.158 25

Nous ferons remarquer que les intérêts de l'année 1892 ne sont pas compris dans ce bilan.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat Médical de l'Arrondissement de Caen

Le Jeudi 17 Novembre 1892, les Médecins de l'Arrondissement de Caen, adhérant à l'idée de l'organisation syndicale, vu l'article 13 de la nouvelle loi sur l'exercice de la Médecine en France ainsi conçu :

« A partir de l'application de la présente loi, les Mé« decins, Chirurgiens-Dentistes, et Sages-Femmes, « jouiront du droit de se constituer en associations « syndicales, dans les conditions de la loi du 24 Mars « 1884, pour la défense de leurs intérêts professionnels, « à l'égard de toutes personnes autre que l'Etat, les « Départements et les Communes ; »

se sont réunis et ont adopté après discussion les statuts suivants :

STATUTS

Art. I.

Il est fondé entre les médecins, qui adhèrent aux présents statuts, une association professionnelle, qui prend le titre de Syndicat Médical de l'Arrondissement de Caen.

Art. II.

La forme légale de cette association est la société civile, sa durée est illimitée ainsi que le nombre de ses membres. Son siège est à Caen.

Art. III.

L'association a pour objet l'étude de toutes les questions professionnelles en général, et en particulier de celles qui peuvent se présenter dans l'Arrondissement de Caen. Son but est l'établissement d'une union confraternelle, d'une solidarité professionnelle qui seules peuvent garantir la dignité, la considération et le bien-être de ses membres.

Art. IV.

Toute discussion étrangère au but et à l'objet de l'association est rigoureusement interdite.

Art. V.

Peuvent faire partie de l'association, les médecins régulièrement diplômés, exerçant dans l'Arrondissement de Caen et des communes limitrophes.

Art. VI.

L'Association est dirigée par un bureau de cinq membres.

Art. VII.

Les membres du bureau, un président, un vice-président, un secrétaire-trésorier et deux assesseurs, sont nommés en assemblée générale à la majorité des votants. Ses membres absents pourront voter par correspondance.

Art. VIII.

Le bureau est nommé pour un an, et les membres sont rééligibles.

Art. IX.

Pour être admis membre du syndicat, il suffit :

1° D'adresser au Président une adhésion écrite aux présents statuts.

2° D'être admis par la majorité des membres présents. Le vote aura lieu au scrutin secret.

3° De verser entre les mains du trésorier une cotisation annuelle dont le montant sera fixé en assemblée générale.

Art. X.

La société se réserve le droit d'exclure un ou plusieurs membres pour faits graves, et portant atteinte à l'honneur professionnel. Un règlement déterminera les conditions dans lesquelles ces exclusions seront prononcées. Le droit de défense est accordé à tout membre exclu.

Art. XI.

Le bureau expédie les affaires courantes dans l'intervalle des réunions. Il se met en relations avec les divers syndicats médicaux. Le bureau a le droit de provoquer les réunions d'urgence. Il prend toutes les décisions qui intéressent le syndicat, quitte à en rendre compte à la séance générale, ou au besoin à convoquer d'urgence l'assemblée générale quand il le croit utile. — Sur la demande écrite de cinq membres, il est tenu de convoquer cette assemblée dans la huitaine.

Art. XII.

Le Président représente la société en toute circonstance, et spécialement vis-à-vis des pouvoirs publics.

Art. XIII.

Les réunions de l'Assemblée générale auront lieu à Caen. Elles sont fixées au quinze des mois de Janvier, Avril, Juillet, Octobre. Si cette date tombe sur un Dimanche ou un jour férié, la réunion est remise au lendemain.

Art. XIV.

Le compte rendu des réunions, dressé par le secrétaire-trésorier, sous le contrôle du bureau est adressé à chacun des membres du syndicat, lorsqu'il aura été approuvé par l'assemblée générale.

Art. XV.

Le fonds social se compose du produit des cotisations, indemnités, dons, legs et autres fonds et revenus qui pourront revenir à la société sous quelque forme que ce soit.

Art. XVI.

En cas de dissolution de l'Association, l'emploi du fonds social sera déterminé par l'Assemblée générale qui prononcera la dissolution.

Art. XVII.

Les membres qui pour une raison quelconque cessent de faire partie du syndicat, n'ont aucun droit sur le fonds social, et ne peuvent exiger aucun remboursement.

Art. XVIII.

Tout membre qui aurait manqué aux obligations imposées par les présents statuts, et qui après une invitation du bureau refuserait de s'y soumettre serait exclu du syndicat.

Il en serait de même de celui qui, dans les trois mois qui suivraient la réclamation à lui adressée par le trésorier, n'aurait pas versé le montant des cotisations échues ou des amendes encourues. La déchéance, toutefois, ne sera définitive que lorsque l'assemblée l'aura ratifiée.

Art. XIX.

La dissolution du syndicat ne pourra être prononcée que par une assemblée générale, spécialement convoquée à cet effet, et à la majorité des trois quarts des votants. Un Comité de liquidation sera chargé de réaliser les résolutions prises lors de cette dernière assemblée.

Bureau

Président d'Honneur :	Dr Bourienne,
Président :	Dr Barette,
Vice-Président :	Dr Léger,
Assesseur :	Dr Gidon,
Id.	Dr Tessel,
Secrétaire-Trésorier :	Dr Osmont

Membres

MM. Barette, Barthès, Bourienne, Catois, Duvivier, Fayel, Gidon, Guiot, Léger, Noury, Osmont, Quermonne, Vigot, *Caen.* — Chottard, *à Crelly.* — Collet, *Noyers.* — Deschamps, *Argences.* — Desmazures, *Colomby-s-Thaon.* — Dietz, Binet, *Villers-Bocage.* — Hauttement (Joseph), *Evrecy.* — Laville, *Argences.* — Lemonnier, *Troarn.* — Vauquelin, *Tilly-s-Seulles.* — Tessel, *Luc-s-Mer.* — Tourmente, *Courseulles-s-Mer.* — Rancin, *Argences.* — Gautier, *Lion-s-Mer.*

Adhésion à l'Union.

Dans l'assemblée générale du 26 janvier 1893, le Syndicat de l'arrondissement de Caen, après avoir entendu son Président, M. le Dr Barette, qui a fait ressortir les avantages que trouvent les Syndicats médicaux dans leur agrégation à l'Union des Syndicats, a voté à l'unanimité l'adhésion du Syndicat à l'Union.

REPORTAGE MÉDICAL

Patente des médecins : La commission des finances dit : « La commission ne croit pas que le relèvement de la patente des médecins, voté par la Chambre, soit justifiée. Elle pense qu'il n'y a pas de raison pour soumettre les patentables dont le loyer dépasse un certain chiffre, à un tarif plus élevé, parce que l'élévation du loyer tient souvent à des causes étrangères à l'exercice de la profession et que cette taxe prendrait le caractère progressif et que d'ailleurs elle ne rapporterait presque rien au Fisc.

— *Le serment par le baiser sur la Bible en Angleterre*. — Aucun médecin n'ignore que la cavité buccale est l'entrepôt d'un grand nombre de microbes, pathogènes ou non, mais souvent capables de devenir pathogènes dans certaines conditions. En France, où, comme le répétaient naguère les chirurgiens américains, on est un peu visionnaire, on n'a pas tiré de conclusions pratiques de cette constatation bactériologique.

En Amérique, il s'est déjà fondé une *Ligue contre le baiser*. Mais nous craignons bien que cette ligue n'ait comme adhérents sérieux que des vieilles filles au cœur et aux sens racornis. Il nous paraîtrait plus pratique, pour s'en tenir à l'hygiène seule, de faire comprendre l'utilité des gargarismes et lavages buccaux et de les faire pratiquer le plus tôt possible par les enfants.

En Angleterre, nous comprenons fort bien le sentiment de répulsion qui a poussé un certain nombre de personnes à protester contre la coutume de baiser la Bible, à l'appui du serment qu'on est appelé à prêter devant les tribunaux. Il existe d'ailleurs une clause qui dispense de cette formalité, mais cette clause est peu connue, car le *British medical Journal* affirme que cette clause n'est presque jamais invoquée.

— A la requête du ministre de la guerre de Russie, le prince Mestchersky, directeur du *Gradjanine*, a été condamné, par la cour de justice de Saint-Pétersbourg, à six semaines d'arrêt pour avoir outragé dans son journal la corporation des médecins militaires.

— La *Médecine Moderne* donne quelques réflexions sur la manière dont les médecins, devenus malades, se soignent ou sont soignés.

Comme les cordonniers, dit-il, qui, suivant le proverbe connu, sont de tous les plus mal chaussés, les médecins sont de tous les plus mal traités, de quelque maladie d'ailleurs qu'ils soient affectés.

Ils se traitent mal, ou sont mal traités, les uns par indifférence, par négligence ; d'autres par scepticisme thérapeutique ; d'autres, et le plus grand nombre, par pléthore de consultants et de consultations, par multiplicité d'avis quelquefois contradictoires, par absence d'une direction unique, etc., etc.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Evesque, de Grandvilliers (Oise) et Farcy, d'Abbeville (Somme), membres du Concours médical.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3792. — M. le Dr Reeb, de Paris, présenté par M. le Dr Collardot, de Nogent-sur-Marne.

N° 3793. — M. le Dr Delarue, de Paris, présenté par M. le Dr Genet, de Paris.

N° 3794. — M. le Dr Costes, de Villiers-Vendôme (Loir-et-Cher), présenté par M. le Directeur.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année **N° 15** 15 Avril 1893

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE

DE

l'Association des médecins de France

Dimanche et lundi, ont eu lieu les séances de l'Assemblée Générale de l'Association des médecins de France : que dire de ces réunions ? — Bien peu de choses, car les vieux errements sont toujours en faveur.

On avait pu espérer que l'avènement d'un Président plus jeune et nullement ennemi des nouveautés galvaniserait quelque peu le vieil organisme ; il faut convenir qu'il n'en est rien et que la bonne volonté de M. le professeur Lannelongue s'émousse devant l'inertie qu'on lui oppose.

Oh ! ce n'est pas ce qu'on pense au sein du Conseil général, et, à lire les divers rapports qui ont été distribués, on pourrait croire que l'activité de ses membres est absolument dévorante. Que n'ont-ils pas fait? Ils ont fait voter la loi sur l'exercice de la médecine ; ils ont provoqué la revision de la loi militaire en ce qui concerne les étudiants en médecine ; ils ont amené les Commissions financières des Chambres à renoncer à l'élévation de la patente des médecins ; ils vont faire reviser les tarifs médico-légaux, etc., etc...

Le malheur est qu'il faut quelque peu rabattre de ces brillantes affirmations, nos lecteurs en savent quelque chose, et l'on conviendra que le *Concours médical* d'abord, l'*Union des Syndicats* ensuite, ont bien contribué aux résultats acquis.

Rien n'est difficile, affirmait, après dîner, le nouveau secrétaire général, M. Lereboullet, comme de rétablir la vérité et d'attribuer à chacun les mérites qui lui reviennent. — Nous nous en apercevons, car nous attendons encore qu'on veuille bien reconnaître, à l'Association, que nous avons fait quelque chose.

Comment ! M. Porson, le Président de l'Union, ose soutenir que son intervention près de la Commission du Sénat, a eu quelque utilité dans la question des patentes ! Mais c'est de la démence et on en peut prendre à témoins MM. Z.. ou X... — pas M. le sénateur Trarieux sans doute qui, encore une fois, a bien voulu se charger de notre défense et qui, comme toujours, a tenu parole.

Et la loi sur l'exercice de la médecine, le *Concours médical* a sans doute été étranger à son vote, aussi bien que M. Chevandier, dont le nom n'est plus prononcé sans doute parce qu'il est mort et peut-être aussi parce que, dans plusieurs circonstances solennelles, il a affirmé que c'était bien notre œuvre et qu'il n'avait fait que traduire nos revendications après avoir partagé nos travaux !

Mais pourquoi insisterions-nous ? Nous sommes habitués à ces égards, à ces témoignages ; nous continuerons à combattre le bon combat et à nous réjouir des succès obtenus, dût le Conseil général de l'Association s'en attribuer à lui seul les mérites, comme il l'a toujours fait. De même nous prendrons acte de ses bonnes dispositions pour toutes les Associations médicales, pour les Syndicats, pour toutes les œuvres parallèles et nous oublierons que ses sympathies ne se sont guère manifestées que par des actes hostiles — témoin son attitude vis-à-vis de la *Caisse des pensions*.

Nous nous bornerons à émettre un vœu bien modeste, c'est que le service des informations soit amélioré, dans l'avenir, par le Secrétaire général : il laisse vraiment trop à désirer.

Il ne faudrait pas qu'on vînt déclarer que, sur telle ou telle question, toute démarche est impraticable alors que la solution réclamée est obtenue par une autre intervention, comme cela est arrivé pour l'exercice de la médecine civile par les médecins militaires.

La chose mérite d'ailleurs d'être contée par le menu :

La Société de Meaux avait émis le vœu que le Conseil général intervînt près de l'autorité militaire pour faire cesser un abus vraiment intolérable dans certaines villes de garnison. M. Durand-Fardel rapporteur de la Commission des vœux, après avoir examiné la question à divers points de vue, concluait :

Quelle que soit la valeur de ces différentes remarques, il paraît bien difficile de croire que l'autorité militaire fera plus qu'elle n'a fait jusqu'ici. Il ne paraît pas, en conséquence, qu'il puisse y avoir avantage à s'adresser de nouveau à l'Administration centrale de la Guerre.

L'Association doit être ménagère de l'autorité morale qui lui a été attribuée, et éviter d'intervenir alors qu'elle n'a pas à espérer de le faire avec succès ; c'est ce qui a été parfaitement compris et exprimé par la Société du Nord.

Il ne semble pas qu'il doive y avoir pour les médecins d'intérêt à souhaiter que l'administration de la Guerre impose la patente aux médecins militaires qui désirent se livrer à la pratique civile (Société du Nord) ; il est à présumer qu'une telle satisfaction donnée à leur désir irait précisément à l'encontre de leur intention.

L'association, qui ne peut oublier qu'elle compte dans son sein un grand nombre de médecins de l'armée et de la marine, a déjà manifesté sa volonté de demeurer étrangère à cette question, et nous vous proposons de ne pas prendre en considération le vœu de la Société de Meaux.

Or, samedi, le *Concours* avait publié les lettres échangées entre le Président de l'Union et le Ministre de la guerre.

C'est ce que fit remarquer M. le Dr Beuve, délégué de la Société de Meaux, qui donna lecture des deux lettres, en regrettant l'abstention du Conseil général.

Mais, et c'est bien la preuve que le Conseil général n'aime guère reconnaître le mérite des autres associations, le rapporteur expliqua longuement comme quoi la solution intervenue était conforme aux conclusions de son rapport ! Pas un mot de l'*Union des Syndicats*, pas un remerciement à son Président : le rapport prévoyait tout et concluait justement, puisque toute démarche nouvelle était inutile !

Avions-nous exagéré en appréciant le rôle trop fréquent du Conseil général ?

La seule question sérieuse était la discussion du rapport Bucquoy sur la question *indemnité maladie* : encore une fois, on en proposait l'enterrement, encore une fois elle est restée inscrite à l'ordre du jour, non pas sans doute pour être discutée prochainement, mais pour revenir au moment opportun.

Que demandaient à l'Association générale les partisans de l'indemnité de droit ? — de prendre l'œuvre sous son patronage moral. Ce n'était guère compromettant et pourtant il a fallu plus d'une heure de discussion pour arriver à ce que la défaite des *partisans du droit* ne fût pas proclamée, comme celle des partisans de *l'indemnité secours*.

Il est probable que la discussion ne reviendra pas de si tôt devant l'Association ; il est probable que, d'ici là, une organisation indépendante se créera : ses promoteurs pourront-ils réellement compter sur la sympathie qu'on leur a promise ? ou bien les soutiendra-t-on à la manière de la corde qui soutient le pendu ?

Le Docteur Lande a bien précisé la question en montrant à l'Association le danger qu'elle court en se désintéressant de toutes les questions qui préoccupent actuellement le corps médical. Elle restera sans doute le grand dispensateur des pensions de notre Société de secours-mutuels — mais que deviendra-t-elle comme société professionnelle ? que deviendra son influence morale ?

Certains trouvent qu'elle a son rôle limité et qu'elle ne devrait pas en sortir ! et ce n'est pas nous qui les contredirons, puisqu'au lieu d'encourager, elle met, sans cesse, des bâtons dans les roues.

Dr Gassot.

LA SEMAINE MÉDICALE

Un signe pathognomonique du goître exophthalmique.

M. le Dr *Guttmann*, déjà connu par ses travaux sur les affections du cœur et en particulier sur les dégénérescences diphthériques du cœur, a donné à la Société de Médecine interne de Berlin, la relation de deux cas de goître exophthalmique, où il a reconnu un signe pathognomonique de l'affection. Quand on se trouve en présence d'une malade atteinte de goître, le stéthoscope appuyé contre le goître permet d'entendre des bruits de souffle caractéristiques, isochrones avec les battements du cœur; ces bruits de souffle ne se perçoivent jamais dans les goîtres qui ne relèvent pas de la maladie de Basedow ; ils se développent dans le goître même, en l'absence de toute lésion cardiaque ; ils sont dus d'abord à l'hypertrophie du ventricule gauche, hypertrophie qui complique ordinairement le goître exophthalmique, et ensuite à une inégale répartition du sang dans les artères de la glande thyroïde. Les vaisseaux étant inégalement dilatés, il s'y produit des tourbillons de sang qui donnent lieu à des bruits de souffle. Rien de pareil n'a lieu dans les goîtres dus à d'autres causes que la maladie de Basedow.

Les bruits de souffles artériels perçus au niveau d'un goître ont donc une très grande importance pour le diagnostic de la maladie de Basedow, surtout quand un des éléments de la triade symptomatique habituelle de cette affection vient à manquer.

Von Græfe constata en 1867 que, chez les malades atteints de goître exophthalmique, il existait toujours une insuffisance de la paupière supérieure. Ce signe est moins constant que celui que nous venons d'indiquer.

Quant aux bruits de souffle qui se passent dans les veines jugulaires, ils n'ont aucune valeur diagnostique.

Le zona intercostal comme prodrome de la tuberculose pulmonaire.

Quoique le fait soit déjà assez connu, il nous paraît intéressant d'y revenir à propos d'un cas bien observé, que M. le Dr *Arnaud* publie dans le *Marseille Médical* :

Il s'agit d'une femme de cinquante-un ans qui fut prise, peu de temps après avoir donné des soins à son fils, mort de tuberculose, d'un zona siégeant sur le trajet des quatrième, cinquième et sixième nerfs intercostaux gauches. Peu après la guérison du zona, la malade eut une hémop-

tysie et on constata très nettement des signes de tuberculose au sommet gauche.

M. Arnaud cherche ensuite à expliquer comment et pourquoi le zona peut se manifester chez certains tuberculeux comme un des premiers signes de l'infection, à une période où l'examen physique de la poitrine ne révèle encore aucun signe appréciable. Pour lui, dans ces conditions, le zona est la conséquence d'une action directe de l'infection (probablement des toxines) sur le système nerveux.

Pourquoi alors ne rencontre-t-on pas plus souvent cette complication chez les phtisiques ? Pour deux raisons, répond M. Arnaud : d'abord, dans nombre de cas on ne songe pas à la rechercher et les malades, qui ont oublié ce petit accident, ne le signalent pas. En second lieu, le zona ne se produit vraisemblablement, à la première période de l'infection tuberculeuse, que chez les sujets porteurs de tares nerveuses ; c'était du moins le cas de la malade qu'il a observée.

Erythème scarlatiniforme desquamatif pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde.

M. le Dr *Le Gendre* a communiqué à la Société médicale des hôpitaux l'histoire fort intéressante, d'un malade qui, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde régulière, 42 jours après le début et après plusieurs jours d'asphyxie, eut, de nouveau, une poussée fébrile intense. Bientôt, cependant, se manifesta une éruption scarlatiniforme, débutant par la face, se continuant par les membres et l'abdomen, envahissant par poussées successives le dos, puis les organes génitaux, la muqueuse buccale et pharyngienne.

« A l'érythème succéda rapidement, en chacune de ces régions, une desquamation totale à larges lambeaux, avec une intensité tout à fait comparable à celle qu'on observe dans la dermatite exfoliative. Les poussées successives de cet érythème desquamatif n'ont pas cessé jusqu'à la mort du malade, qui est survenue 102 jours après le début de la fièvre typhoïde et 60 jours après l'apparition de l'exanthème.

« A ce moment, les ongles étaient en train de tomber, les cils étaient tous tombés, les cheveux tombaient depuis assez longtemps.

« La fièvre a duré tout le temps avec des oscillations irrégulières. La plus haute température (40°6) a coïncidé avec l'apparition de phénomènes pulmonaires : toux, dyspnée, expectoration contenant des bacilles tuberculeux. Le malade n'avait jamais toussé avant sa maladie actuelle et l'auscultation avait été muette pendant la convalescence de la fièvre typhoïde. Bientôt on constatait des signes cavitaires au niveau du lobe inférieur droit. La mort est survenue dans le marasme.

« A l'autopsie on trouva un nombre restreint de tubercules en voie de caséification, mais un abcès du poumon de la grosseur d'une mandarine contenant un pus phlegmoneux, fétide.

« Sur la dernière portion de l'iléon, au voisinage de la valvule de Bauhin, se voyaient trois petites ulcérations arrondies, incomplètement réparées, et, dans le voisinage, les vestiges d'autres ulcérations déjà cicatrisées. Les cultures faites par M. Beaussenat avec des squames prélevées à la partie supérieure et antérieure du thorax, au voisinage de l'aisselle, ont donné un micro-organisme, qui offrait les réactions considérées comme pathognomoniques du coli-bacille.

« Nous ne prétendons en aucune façon établir un lien étiologique entre la dermatose et ce microbe, dont la présence accidentelle ne serait pas difficile à expliquer. Mais nous signalons les points suivants : d'abord, l'absence de pathogénie médicamenteuse. Ce malade n'a été soumis à aucune influence hydrargyrique ou iodique, soit *intus*, soit *extra*. Il a bien pris 1 gr. de quinine la veille du jour où parut l'éruption, mais, pendant douze jours de sa fièvre typhoïde, il avait pris la même dose quotidienne sans aucune éruption, et la fièvre prodromique de l'exanthème existait déjà depuis plusieurs jours quand ce gramme de quinine a été absorbé.

« Il est donc légitime, pensons-nous, de considérer cet exanthème desquamatif comme le résultat d'une infection secondaire, dont il est possible que la porte d'entrée ait été l'ulcération intestinale encore non cicatrisée. L'existence de l'abcès pulmonaire vient confirmer la nature infectieuse de ces phénomènes cutanés.

« Les classifications proposées jusqu'ici des érythèmes scarlatiniformes desquamatifs sont bien incomplètes, au point de vue dermatologique; ce cas paraît être un exemple de ceux qui, comme le dit M. Brocq, par leur durée, leur intensité et la chute des poils et des ongles, constituent des faits de passage entre les formes légères de la dermatite exfoliative généralisée proprement dite, et les formes communes de l'érythème scarlatiniforme desquamatif. »

A propos de notre dernier article sur la suggestion à l'état de veille.

M. le Dr *Pailhas*, d'Albi, nous communique un fait digne certainement d'être rapproché de l'observation de M. Gibert, à propos de la cure par suggestion de nombreuses *verrues* développées sur les mains d'un jeune garçon, devenu depuis docteur en médecine.

« Un jour de foire, mon cousin, qui n'avait alors que 13 ou 14 ans, fit la rencontre d'un ami de la famille qui s'apitoya sur le sort de ses mains et s'offrit à le mettre en rapport avec un certain métayer, guérisseur de verrues.

Le guérisseur en question vint par hasard à passer et sur la demande de l'ami, offrit immédiatement ses services. Il prit alors les mains verruqueuses et, d'un air semi-inspiré, se contenta de passer 2 ou 3 fois en mode de friction la paume de ses propres mains sur les nombreuses excroissances : « Ça y est, dit-il après coup, vous guérirez maintenant ».

Ce genre d'intervention auquel j'assistai moi-même, ne laissa pas, malgré sa singularité, que d'agir favorablement sur les verrues qui, à partir de ce jour, furent en s'affaissant progressivement jusqu'à disparition complète au bout d'un mois tout au plus.

Dans ce cas, comme dans bien d'autres de ce genre, le guérisseur prétendait tenir le secret de ses cures d'un vieux praticien de campagne ».

Il est bien certain que de tels faits paraissent singuliers au premier abord, mais on ne saurait les nier sans contrôler; il nous est facile évi-

demment de trouver des occasions de faire cette vérification.

Le Congrès français de chirurgie de 1893.

Le Congrès français de chirurgie vient de s'ouvrir le lundi 3 avril, sous la présidence de M. le professeur Lannelongue, de Paris, et avec le précieux concours de nombreux chirurgiens étrangers, anglais, belges, suisses, alsaciens ; les communications sont toutes intéressantes au plus haut degré ; mais nous nous bornerons à rendre compte de celles qui nous paraissent le plus pratiques pour tout médecin, qui ne doit pas ignorer la chirurgie.

Beaucoup de chirurgiens ne s'occupent malheureusement que d'opérations trop spéciales, de laparotomies, d'extirpations du ganglion de Meckel, d'arthrotomies pour luxations de l'épaule, etc.

Deux communications sont particulièrement utiles à connaître : celle de M. *Boiffin*, de Nantes, sur la nécessité d'intervenir promptement dans les contusions violentes de l'abdomen, par coup de pied de cheval, par exemple. M. Michaux a eu ainsi l'occasion de retirer une quantité considérable de bile épanchée dans le péritoine par rupture de la vésicule biliaire, à la suite d'une grave contusion et de sauver son malade par l'opération. Donc, grande réserve dans le pronostic des contusions violentes de l'abdomen, observation minutieuse des malades et à la moindre alerte, intervention chirurgicale sans hésiter.

La deuxième communication est celle de M. Doyen, de Reims, sur le traitement curatif de certaines gastralgies et dyspepsies, avec dilatation stomacale, dues à la forme de l'estomac en bissac.

L'opération de M. Doyen consiste dans l'occlusion du pylore avec résection facultative de ce dernier et gastro-jéjunostomie, excellente opération, puisque, sur 12 cas, elle n'a donné qu'un insuccès, de cause extra-opératoire (infection hépatique). Cette opération, dit l'orateur, donne la guérison radicale des dyspepsies graves, maladie de Rechmann, crises gastralgiques, dilatation de l'estomac, vomissements alimentaires, hématémèses ; les symptômes les plus graves disparaissent dès le jour de l'opération, et les malades se trouvent d'autant mieux soulagés qu'on leur fait prendre, dès le réveil chloroformique, de l'eau de Vichy par cuillerées à café ; il est convaincu qu'avec la description d'un procédé capable de réduire de 50 p. 100 à 10 p. 100, et peut-être moins encore, la mortalité de la pylorectomie et de la gastro-jéjunostomie, la pathologie de l'estomac entre dans une voie nouvelle et que la plupart des cas réputés incurables bénéficieront désormais de la nouvelle opération.

La recherche de l'espace semi-lunaire de Traube chez les pleurétiques

M. *Eloy* rappelle avec beaucoup de netteté, dans la *Revue de clinique et de thérapeutique*, la méthode nécessaire pour la recherche et l'exploration de l'espace de Traube dans la pleurésie gauche, d'après Jaccoud : la zone de Traube est située à la partie inférieure du thorax, au-dessous du cinquième ou du sixième cartilage costal gauche, limitée en haut par une ligne courbe à concavité inférieure, prolongée en arrière jusqu'à l'extrémité antérieure de la neuvième ou de la dixième côte, et mesurant dans sa plus grande largeur, d'après M. Jaccoud, une hauteur de dix centimètres, sur le trajet de la ligne verticale mamelonnaire.

En tenant compte du rapport des viscères avec la paroi costale, cette région répond donc au sillon costo-diaphragmatique, à la plèvre costale, à la plèvre diaphragmatique et au diaphragme, organes interposés entre la paroi costale d'une part, l'estomac et le côlon, d'autre part. Voilà pour l'anatomie normale.

Vide de poumon, dès lors, plus sonore que les régions occupées par cet organe, l'espace tympanique se confond, en bas, par sa sonorité, avec celles des régions également sonores que le côlon et l'estomac occupent.

Pour des raisons analogues et aisées à comprendre, il y a absence dans cette même zone, des vibrations vocales et du murmure vésiculaire. Croit-on percevoir celui-ci ou bien celles-là ? On ne s'en laissera pas imposer : le foyer de ces bruits est alors daus le poumon, ce sont des vibrations communiquées, ce sont des bruits de voisinage.

Pathologiquement, la sonorité disparaît ; donc on trouve du tympanisme au lieu de la matité. C'est le signe de Traube. Pour se rendre compte si la lésion est pleurale ou pulmonaire, l'auscultation suffira largement, car elle permettra de constater une absence complète de murmure vésiculaire s'il y a de la pleurésie, ou au contraire, du souffle et de la bronchophonie, s'il s'agit d'une pneumonie du bord antérieur de la base du poumon.

MÉDECINE PRATIQUE

Thérapeutique de l'épilepsie.

La question du traitement de l'épilepsie est toujours d'actualité ; car, malheureusement, bien des moyens déjà ont été essayés contre cette terrible maladie et fort peu ont donné les résultats qu'on croyait pouvoir en attendre. La chirurgie a déjà tenté d'apporter son audacieux concours à la thérapeutique de l'épilepsie ; mais le succès n'a pas souvent couronné ses efforts. La trépanation du crâne, savamment déterminée par Lucas-Championnière et par Poirier, quoique généralement peu dangereuse pour le malade, n'a donné que quelques améliorations fugaces, auxquelles on ne peut attribuer une réelle valeur.

Les épilepsies symptomatiques des tumeurs cérébrales bénéficient seules de ces interventions sanglantes ; mais l'épilepsie vraie, idiopathique, c'est-à-dire de cause encore inconnue, ne peut être que passagèrement influencée par l'acte opératoire.

Et, en effet, si la thérapeutique tâtonne encore en ce qui concerne l'épilepsie, c'est que la physiologie et l'anatomie pathologiques ne voient pas encore bien clair dans cette mystérieuse maladie.

Les uns en ont fait la conséquence de malformations crâniennes ou crânio-faciales (asymétrie de Lasègue) ; les autres, dans le même ordre d'idées, croient à un épaississement des parois de la boîte crânienne et à une compression per-

manente de la masse encéphalique ; d'autres ont cherché des malformations ou des dégénérescences nerveuses du cerveau ou de la moelle ; les élèves de l'école de Bouchard y ont vu de la toxémie, soit par insuffisance de dépuration urinaire, soit par production anormale de poisons convulsivants, épileptogènes. Chacun a des expériences concluantes à relater pour prouver la vraisemblance de sa théorie ; mais il se présente tant et tant d'exceptions, que l'on doit bien reconnaître la fragilité de toutes ces hypothèses. Combien avons-nous vu d'épileptiques héréditaires de parents alcooliques, ou même épileptiques ? combien qui avaient des asymétries faciales ou crâniennes, ou des malformations cérébrales avec hydropisie des cavités ventriculaires ou sous-arachnoïdiennes ? combien, chez lesquels l'examen biologique des urines avant ou après l'accès, démontrait, sur des animaux, l'action convulsivante extrême des poisons contenus dans leurs excrétions ?

Mais combien aussi, qui avaient des accès subintrants d'épilepsie, des crises épouvantables, du délire et de la manie postépileptique et pour lesquels nous n'avons pu trouver de cause plausible ? Evidemment c'est cette lacune de l'étiologie qui empêche de combler la lacune de la thérapeutique.

Quoi qu'il en soit, nous ne sommes pas partisan de la contemplation et du fatalisme ultramusulman de certains confrères. On a guéri des épileptiques et on en a amélioré beaucoup ; reste à savoir par quels procédés on a obtenu les meilleurs résultats.

I.

TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE DANS L'INTERVALLE DES CRISES.

Lorsqu'un malade est notoirement atteint d'épilepsie, on doit déterminer d'abord l'intensité de la maladie par le nombre et la durée des intervalles de crises, fouiller consciencieusement l'examen de chaque organe, en particulier du crâne, des oreilles, des fosses nasales, des organes génitaux, enfin des reins et des urines.

Si ces différentes recherches sont négatives, si l'épilepsie est reconnue idiopathique, on instituera dans l'intervalle des crises un traitement rationnel, basé sur l'intensité de la maladie.

Disons tout de suite que le bromure de potassium est resté le médicament par excellence de la thérapeutique antiépileptique.

Les récentes recherches de M. le Dr Féré (1) tendent de plus en plus à confirmer cette opinion. On peut lui associer les bromures de sodium, d'ammonium, de strontium (poly-bromures) ou lui substituer un de ces bromures, particulièrement le bromure de strontium préconisé par M. Laborde et M. Féré ; mais ce sont les bromures qui ont toujours donné les meilleurs résultats.

Erlenmeyer donne les bromures de potassium, de sodium et d'ammonium dans les rapports de 2 : 2 : 1. Il les administre dans l'eau chargée d'acide carbonique, pour éviter le danger de l'action cumulative et du bromisme en excitant la fonction rénale, et d'un autre côté parce qu'il suppose que l'acide carbonique de l'eau contribue au dédoublement facile des bromures. Eulenburg s'est servi depuis huit ans avec succès de l'eau bromée. Sandow a introduit dans la pratique, des bromures effervescents qui sont d'un emploi facile. Ce sont des bromures auxquels sont mélangés en certaine proportion du bicarbonate de soude et de l'acide tartrique (1).

(1) *Revue de médecine*, 1893, n° 3.

Eulenburg insiste sur ce fait qu'on ne doit jamais donner les bromures en poudre ou en pilules, ni même en solution concentrée dans l'eau pure. Beaucoup prescrivent 20 grammes de bromure dans 200 gr. d'eau, ce qui est une mauvaise pratique. Quant aux doses, elles ne doivent guère être inférieures à 5 gr. pour les adultes.

M. Féré vient de démontrer que les doses doivent même être poussées très loin, si l'on veut être sûr d'un résultat. Il cite 20 observations non choisies de sujets bromurés aux doses de 16 à 21 grammes par jour, et chez lesquels il a obtenu des succès indiscutables.

« La bromuration à des doses de 15 à 20 gr., dit-il, est inoffensive, quand elle est surveillée.

« La surveillance de la bromuration consiste dans l'examen fréquent des malades à nu pour constater l'état de la peau, et dans les pesées faites aussi à nu pour établir le bilan de la nutrition. Quand il existe des lésions cutanées ou une diminution permanente du poids, il faut veiller avec le plus grand soin sur le tube digestif, principalement lorsque le malade se trouve dans des conditions de dépression physique ou morale, et en particulier quand la température est très basse. Dans ces conditions les accidents du bromisme seraient nécessairement néfastes à brève échéance. Il ne faut pas temporiser ou perdre un temps précieux en ayant recours aux moyens qui réussissent dans les cas de bromuration à doses modérées ; il faut supprimer immédiament le médicament, et hâter l'élimination par l'intestin à l'aide des purgatifs, par la peau à l'aide de la pilocarpine en injections sous-cutanées. »

Le bromure de strontium, bien pur, peut remplacer le bromure de potassium, lorsque ce dernier est mal supporté.

L'antisepsie intestinale par le naphtol B ou le benzonaphtol permet d'éviter les accidents d'acné bromique et de les faire disparaître, s'ils se sont produits récemment.

Le moment du médicament dépend de l'apparition des accès. Si les derniers sont seulement diurnes, on donne 2 fortes doses le matin et à midi ; si les attaques sont exclusivement nocturnes, le malade prend une seule dose en se couchant.

Les bromures doivent être donnés pendant longtemps, deux ans au moins après le dernier accès. Pendant toute la période du traitement, on ne doit jamais cesser le médicament, sauf pour des affections intercurrentes. Les règles, la grossesse ne sont pas des contre-indications. Il est inutile de varier les doses, et sitôt qu'on connaît la dose quotidienne suffisante, on l'y maintient pendant toute la durée du traitement.

Malgré toutes ces précautions, il faut bien avouer que la médication bromique échoue parfois à atténuer le nombre des accès. Dans ces cas, heureusement rares, le professeur Eulen-

(1) *France médicale*, 1893.

burg énumère les principaux médicaments, dont il conseille l'essai :

« La grande majorité des innombrables remèdes antiépileptiques du passé sont relégués dans l'oubli et pour toujours. Sans doute il en est parmi ces remèdes, tels les *préparations de zinc*, avec lesquels on a obtenu des améliorations, voire des guérisons. Mais ils se tiennent loin derrière les préparations bromiques, pour ce qui concerne la commodité de leur emploi, la sûreté des effets thérapeutiques, leur innocuité relative. Il est impossible aussi d'en continuer l'administration pendant des années consécutives, ainsi que l'exige la nature du mal à combattre » (1).

Le phosphure, le valérianate, l'acétate de zinc ont été employés avec avantage.

Le nickel, sous forme de bromure de nickel, est toujours utilisé par M. Bourneville chez les enfants épileptiques à la dose de 2 à 5 grammes par jour.

Les sels de cuivre, de bismuth, d'argent, nous paraissent tombés dans l'oubli, avec raison. Le chlorure d'or, si puissant dans l'hystérie et dans certaines manifestations névropathiques, paraît complètement inerte dans l'épilepsie.

L'*arsenic* est encore employé, mais comme simple adjuvant des préparations bromiques, dans les cas où celles-ci ne sont plus supportées, ou lorsque leur usage occasionne des éruptions acnéiques intenses. M. Eulenburg a obtenu, dans quelques cas d'épilepsie, des résultats tout à fait satisfaisants de l'emploi alternatif d'un bromure de fer et de granules arsenicales (préparées avec la solution de Fowler).

Les antiépileptiques tirés du règne végétal n'ont pas non plus grande valeur. On ne peut certainement pas employer longtemps les préparations à base d'*atropine*, de cannabine, de lobéline, de digitale, de curare. Enfin M. Eulenburg n'a qu'une confiance limitée dans les nouveaux remèdes : l'hydrate d'amylène, l'antifébrine, l'antipyrine, le borax, la nitroglycérine, l'acide osmique, l'ergot de seigle, etc.

« Le traitement hygiénique joue un rôle bien plus important dans l'épilepsie. Il n'existe pas de régime spécial, la vie doit être régulière et il faut éviter tout excès. Il faut proscrire la plupart des excitants, le café, le thé, le tabac, les épices et surtout les alcooliques. Les repas doivent être plutôt fréquents pour être moins copieux. Si les accès sont nocturnes, les repas du soir doivent être légers, pris de bonne heure, et l'on doit éviter les viandes et les aliments gras. S'il existe un état anémique ou un épuisement prononcé, il faut avoir recours à un régime richement azoté ou au traitement de Weir-Mitchell (2).

Chez les épileptiques traités par les préparations bromiques, il est extrêmement important de veiller à la régularité des fonctions secrétoires. On stimulera les fonctions rénales, en faisant boire aux malades des boissons gazeuses. On prendra les mesures nécessaires pour que les malades aillent quotidiennement à la selle.

Le séjour en plein air, les exercices physiques, sans surmenage, sont très salutaires aux épileptiques. Le calme de l'esprit, le repos intellectuel leur sont indispensables. Les excitations sexuelles leur font beaucoup de mal. La fréquentation de l'école ne sera tolérée chez les enfants épileptiques, qu'autant que les attaques convulsives sont exclusivement nocturnes.

L'*hydrothérapie* a une réelle valeur aussi dans le traitement des épileptiques, principalement dans les cas graves.

En thèse générale, les demi-bains, d'une température de 30° à 25°, d'une durée de cinq à six minutes, combinés au besoin avec des affusions froides ou des frictions énergiques sont d'une grande utilité.

Parfois il faut s'en tenir à des lotions tièdes et à des frictions légères.

Il faut éviter d'exposer les épileptiques à des températures très élevées ou très basses.

Dans les cas où l'hydrothérapie ne pourrait être instituée d'une façon systématique, M. Eulenburg a souvent obtenu de bons résultats avec les applications de sacs en caoutchouc remplis de glace, sur la colonne vertébrale (procédé de Chapman).

Des applications de vessie de glace, ou de l'appareil réfrigérant de Winternitz, sur la tête, sont également indiqués chez les épileptiques qui ont une tendance aux congestions céphaliques ou qui ont de la céphalée dans les intervalles des attaques.

Pour calmer le système nerveux des malades, on peut aussi leur prescrire des bains entiers, d'une température de 32° à 35°, et d'une durée de quinze à vingt minutes. On pourra toujours essayer, dans la suite, d'abaisser progressivement la température de l'eau et d'abréger la durée du bain, ou encore de faire prendre aux malades des douches d'une durée très courte, suivies de frictions sèches.

Les bains de rivière ne devront être tolérés qu'avec beaucoup de circonspection ; les bains de mer sont contre-indiqués (1).

Pour terminer cette partie de la question, nous insistons de nouveau sur la nécessité d'examens approfondis des malades ; car dans nombre de cas, l'épilepsie n'est pas idiopathique, mais symptomatique. L'étude de l'origine précise de *l'aura* fournit souvent des indications dans ce sens. C'est ainsi, que le chirurgien a pu guérir des épileptiques par l'extirpation d'un névrome, l'élongation d'un nerf, la névrectomie, l'excision d'une cicatrice cutanée, la clitoridectomie, l'extirpation d'une tumeur de l'oreille, des fosses nasales, du larynx, l'opération du phimosis, etc., etc. Ces interventions ne sont pas seulement rationnelles, elles sont très souvent efficaces, et si elles ne conduisent pas au but voulu, c'est souvent parce qu'elles ont été tentées trop tard.

Le médecin peut aussi trouver dans quelques cas la présence de parasites, ténias ou ascarides, dans le tube digestif, et guérir facilement quelques faux épileptiques, en détruisant ces helminthes.

II

TRAITEMENT DE L'ACCÈS ET DU DÉLIRE POST-ÉPILEPTIQUE.

Un épileptique qui a un accès, doit être l'objet

(1) *Revue intern. de thérap. et de pharmac.*, 1893.
(2) *France médicale*, 1893, page 120.

(1) *Revue intern. de Thérap. et de Pharm.*, 1893, p. 86.

d'une surveillance attentive ; car ses mouvements sont incohérents et inconscients, et il peut se faire autant de mal, qu'il est à même d'en faire à ceux qui l'entourent. Il doit être maintenu à terre, débarrassé rapidement des liens, vêtements, corset, cravates, etc., qui empêchent la liberté des mouvements respiratoires. Les jambes et les bras doivent être libres et il ne faut pas chercher à entraver aucun mouvement. Le plus sage est d'attendre en silence que l'accès soit passé ; les inhalations narcotiques ou autres, les flagellations froides sur la face, en un mot, les différents moyens que l'on voit fréquemment appliquer dans ces cas, sont absolument nuisibles. *Il n'y a rien à faire pendant l'attaque.* Si ces attaques sont subintrantes et très rapprochées, il se produit toujours un court moment de calme dans l'intervalle de chacune d'elles, et à ce moment seulement, on peut intervenir en injectant sous la peau 1 ou 2 centigrammes de morphine ou bien 1/2 à 1 milligr. de chlorhydrate d'hyoscine (Lemoine).

Après l'attaque, vient le sommeil généralement profond et assez prolongé. On nettoie d'abord la bouche de l'écume sanguinolente, dont elle est souillée.

S'il est possible, on badigeonne les gencives, la bouche, la langue avec une solution de thymol ou d'acide borique ; puis on laisse dormir tranquillement le malade en attendant son réveil naturel. Si l'épilepsie est grave, le sommeil pourra se prolonger et devenir une sorte de coma. Dans ces cas, quelques injections hypodermiques d'éther ou de pilocarpine pourront avoir un effet salutaire ; des frictions sèches, un bain tiède, progressivement refroidi et accompagné de frictions au gant de crin, sont parfaitement indiqués.

Si à l'accès ou à plusieurs accès, succède la période de délire, de démence épileptique, on doit employer le régime des aliénés ordinaires, c'est-à-dire le calme, le repos au grand air, l'alimentation forcée pour les délirants tranquilles, visionnaires, religieux, électrisés, etc. Les déments furieux seront camisolés, enfermés en cellules, privés de tout objet dangereux pour leur vie et pour celle de leurs gardiens. On les fera maintenir plusieurs heures de suite aux bains, dans l'eau à 25° ou 30° et toutes les 3 ou 4 heures, on leur fera une injection hypodermique de morphine ou de chlorhydrate d'hyoscine. A ce moment, il ne peut être question de leur faire prendre quoi que ce soit par la bouche, ni même en lavement, à moins que le calme ne survienne quelques instants. Nous avons vu de ces malades en délire post-épileptique demeurer 10 et 15 jours, presque nus, ayant déchiré entièrement leurs vêtements, défoncé le parquet, crevé matelas, paillasse, sommier de fer, coucher sur le plancher ou sur la paille qu'ils ont hachée, criant toute la journée et toute la nuit, mangeant à peine, se vautrant dans leurs excréments et supportant facilement les rigueurs de la température sans contracter aucune affection grave. Après ce temps d'excitation, les malades peuvent revenir complètement à l'état normal et rester même quelques mois, sans aucune manifestation épileptique.

Que doit-on faire de ces malheureux ? La bromuration leur est certainement utile, mais est-elle suffisante ? A ce degré, il est indiscutable que l'épilepsie est un péril social et que l'individu, qui en est atteint, peut devenir un assassin, un incendiaire, un forcené irresponsable, parfaitement inconscient de ses actes et par suite non susceptible de punitions et de représailles. Il doit être interné dans un asile d'une manière continue, permanente, mais employé de préférence à des travaux agricoles au grand air. Nous ne voulons pas que l'on enferme tous les épileptiques. Il y en a certes qui bénéficient, au contraire, du séjour dans la famille et des relations avec les autres hommes.

Mais, ceux qui ont des accès subintrants, dont le caractère est péniblement influencé par la maladie, ceux qui ont des accès assez intenses et assez fréquents pour ne pouvoir entreprendre aucun travail suivi, ceux qui ont des phases délirantes plus ou moins calmes, ne sauraient être conservés dans leur famille, sans danger ; l'internement peut même leur être profitable, en même temps qu'il est un droit pour la société, car c'est le seul moyen d'éviter d'épouvantables malheurs.

Dr Paul Huguenin.

DERMATOLOGIE PRATIQUE

De l'impétigo.

Voisin de l'eczéma, au point d'avoir été autrefois confondu avec lui, se trouve l'impétigo. Cette affection banale ne mériterait pas de trouver place dans ces causeries, de par sa fréquence et son innocuité, si son étiologie et son traitement ne nous paraissaient utiles à connaître, l'une se déduisant de l'autre.

Définition. — L'impétigo est une affection *contagieuse, inoculable,* due à l'introduction sous l'épiderme de micro-organismes pyogènes, caractérisée cliniquement par la présence de petites pustules, ordinairement agglomérées, ayant une durée courte, et auxquelles succèdent des croûtes jaunes, verdâtres ou noirâtres, plus ou moins épaisses et rugueuses.

Symptômes. — L'impétigo est parfois précédé de léger malaise, céphalalgie, troubles digestifs, lassitude, etc... ou bien la peau est prise d'emblée.

L'éruption n'est cependant pas le premier phénomène qui se montre. Aux points qui seront envahis, apparaissent des *taches* rouges, irrégulières, isolées et réunies ; la peau devient le siège d'ardeurs incommodes ou même de prurit intense.

Puis surviennent les *pustules*, épaisses et disséminées ou bien réunies en groupes. Leur volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un petit pois, mais elles ne deviennent jamais plus grosses. Toutes contiennent, dès leur début, un liquide louche, qui devient promptement opaque et purulent.

Ces pustules ne durent que très peu de temps : au bout, tout au plus, de 2 ou 3 jours, elles se rompent spontanément, de par leur évolution, et laissent échapper au dehors un liquide jaunâtre, qui se dessèche presque aussitôt au contact de l'air, et forme des *croûtes molles d'un jaune* doré, *ressemblant à du miel* ou à de la *marmelade d'abricots.*

Plus rarement, elles sont verdâtres et rap-

pellent un peu, par cet aspect, certaines mousses végétales ; mais beaucoup plus rarement encore, elles sont dures, ligneuses, grisâtres ou noirâtres, très adhérentes et rappellent alors l'aspect rugueux de l'écorce de certains arbres. Ces différences avaient excité l'imagination des anciens auteurs, d'où création de nombreuses variétés d'impétigo, dont l'intérêt n'est plus qu'historique.

Lorsque les croûtes se détachent spontanément ou sous l'influence de topiques appropriés, on trouve au-dessous d'elles, une *surface rouge*, enflammée, douloureuse, *comme criblée d'ulcérations*, d'où *l'on voit* sourdre un liquide purulent ou tout au moins séro-purulent ; en se desséchant, ce liquide reproduit bientôt une croûte semblable à la précédente et ainsi de suite pendant un laps de temps qui ne dépasse pas ordinairement 2 semaines, au bout desquelles les croûtes devenues, dans leur formation, de moins en moins épaisses et adhérentes, tombent pour ne plus renaître, laissant à leur place des taches rougeâtres qui disparaissent à leur tour, sans laisser de vestige de cicatrice.

Cette durée de 2 semaines peut cependant être dépassée. Il n'est pas rare de voir se reproduire des pustules, se former de nouvelles croûtes, d'où ajournement parfois indéfini de la guérison. L'inflammation peut, dans ces cas, s'étendre parfois aux couches profondes de la peau et s'y traduire par de l'induration avec épaississement du derme et même engorgement œdémateux du tissu cellulaire sous-cutané. Cette description rend tout diagnostic différentiel inutile, sauf avec l'eczéma.

L'impétigo peut coïncider en effet avec l'eczéma ou alterner avec lui, et M. Hardy avait même confondu ces deux affections. On doit cependant les distinguer.

L'impétigo n'est pas en effet une maladie *sui generis*. Comme l'a bien démontré mon excellent confrère et ami, le prof. W. Dubreuilh (de Bordeaux), « la cause efficiente de l'impétigo est l'inoculation superficielle par le grattage de microbes pyogènes, provenant d'une lésion impétigineuse, d'un foyer de suppuration *quelconque* ou de la surface de la peau saine », et on ne rencontre pas une étiologie aussi banale dans l'eczéma.

De plus, l'eczéma débute par une vésicule remplie de sérosité transparente, et non par une vésico-pustule.

Les squames de l'eczéma n'atteignent jamais l'épaisseur, l'inégalité des croûtes jaunâtres de l'impétigo. Si l'étendue de ce dernier est moins considérable, au moins généralement, sa marche est aussi plus rapide et sa durée plus courte.

Enfin, les récidives de l'eczéma sont moins fréquentes. Celles de l'impétigo ne sont en effet pas rares ; la malpropreté, les fatigues, les excès de toute nature, un mauvais régime, suffisent pour la ramener.

Il s'observe surtout chez les jeunes enfants, les jeunes gens blonds, lymphatiques ; et comme la vésico-pustule de l'impétigo est auto-inoculable, on s'explique la fréquence de cette affection chez les petits enfants, qui vont en classe, se contagionnent entre eux et contagionnent ensuite leurs familles. Fort souvent, il se développe à l'occasion de la présence d'un parasite (pou ou acare).

Le pronostic en est cependant bénin. En raison de cette bénignité, de cette superficialité des lésions, le traitement local est le plus important.

Si l'impétigo observé revêt une forme chronique, ou récidive fréquemment, on devra évidemment s'enquérir de l'état constitutionnel et du régime du sujet qui en est porteur. Aux enfants lymphatiques, le traitement antiscrofuleux ne pourra qu'être utile, mais c'est au traitement local que le médecin devra donner tous ses soins.

Traitement local. — Tant que durera l'inflammation, on se bornera à faire des applications émollientes (eau de son, de fleurs de sureau ou de têtes de camomille) ou lavages tièdes à l'eau boriquée à 1/50 ; les cataplasmes de farine de graine de lin bien fraîche avec l'eau de son boriquée, seront aussi très utiles (La graine de lin fermentée est très irritante pour la peau).

Quand les croûtes sont tombées et l'inflammation calmée, on peut alors se servir de la pommade préconisée par M. Dubreuilh et qui est ainsi composée :

Vaseline...........	àà	50 grammes.
Axonge............		
Oxyde de zinc..........		20
Acide salicylique........		2
Acétate de plomb crist..		1

m. s. a.

(Faire plusieurs onctions par jour ; ne pas laver avant de remettre une 2e couche de pommade).

On pourra également employer, plus simplement, la vaseline boriquée au 1/10e (mêmes conseils que ci-dessus).

Si l'affection résistait, on pourrait recourir à la préparation préconisée par le Dr Vidal et qui est la suivante :

Oxyde jaune d'hydrargyre...	0 gr, 50.
Huile de cade..............	1 gr.
Cérat sans eau............	20 gr.

m. s. a.

On pourra même doubler les doses, suivant le plus ou moins d'irritabilité des téguments.

En résumé, toute médication antiseptique locale rationnelle réussira.

Mais la définition que nous avons donnée de l'impétigo, oblige le médecin à prendre des mesures prophylactiques, complément indispensable du traitement médicinal proprement dit.

Le médecin devra donc refuser l'entrée de l'école aux enfants atteints d'impétigo et surtout aux petits enfants des asiles ou des écoles enfantines. On devra les tenir excessivement propres. Les régions atteintes seront recouvertes d'un pansement rigoureux afin d'éviter l'inoculation par le grattage. Enfin, on devra défendre l'usage commmun des objets de toilette dans les familles, où il y a des cas d'impétigo.

On recherchera avant tout la présence des poux ou de l'acare et on instituera, s'il y a lieu, le traitement de la phthiriase ou de la gale, sur lequel nous aurons peut-être à revenir.

Docteur MÉNEAU.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Proposition de loi tendant à modifier l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889.

PRÉSENTÉE

Par M. CORNIL Sénateur.

(Renvoyée à la Commission de l'Armée.)

EXPOSÉ DES MOTIFS.

Messieurs,

Aux termes de la loi du 15 juillet 1889, les étudiants en médecine et en pharmacie ont la faculté de n'accomplir qu'une année de service à la condition d'être pourvus du diplôme de docteur, de pharmacien de 1re classe ou du titre d'interne des hôpitaux, à l'âge de 26 ans.

Pendant cette année de service, ils reçoivent l'instruction militaire du soldat d'infanterie.

Soit qu'ils s'engagent à 18 ans, avant de prendre leur première inscription, suivant le bénéfice de la loi du 11 juillet 1892, soit qu'ils attendent l'année de leur tirage au sort, ils sont astreints à passer sous les drapeaux une année qui est entièrement perdue au point de vue scolaire. L'obtention de leur diplôme est ainsi retardée d'au moins un an.

Ces dispositions de la loi sont à la fois préjudiciables aux études médicales et pharmaceutiques et à l'intérêt du service de l'armée.

Tout en reconnaissant l'heureuse influence morale qu'exercent sur les étudiants les habitudes de discipline militaire, il est certain qu'ils n'acquièrent actuellement, durant leur année de service, aucune des connaissances professionnelles ou administratives dont ils auront à faire preuve plus tard comme officiers du service de santé. On leur a appris pendant un an l'exercice du fusil dont ils n'auront jamais plus à se servir. Temps perdu pour l'armée et pour eux. Par contre, la période d'appel de vingt-huit jours durant laquelle ils devront se familiariser avec le détail et la réglementation du service de santé, est tout à fait insuffisante.

Si, au contraire, ces jeunes gens étaient mis en sursis d'appel et accomplissaient leur année de service comme docteurs ou comme pharmaciens de 1re classe, on en retirerait les avantages suivants :

1° Les études n'étant plus interrompues par l'année de service militaire, les élèves obtiendraient un an plus tôt leur diplôme de docteur ou de pharmacien de 1re classe, ce qui revient à dire qu'au moment de la mobilisation on aurait une classe de plus de médecins et de pharmaciens ;

2° Les docteurs en médecine, par le fait même de leur service dans les fonctions dévolues par le règlement aux médecins aide-majors de 2e classe, se familiariseraient avec le matériel, les règlements administratifs et la pratique journalière du service. On pourrait très utilement alors leur enseigner ce que comporte de plus essentiel l'instruction spéciale que reçoivent les stagiaires à l'école d'application du Val-de-Grâce ;

3° Enfin, ces médecins et pharmaciens concourraient très efficacement au service de garde dans les hôpitaux et aux services du temps de paix, en assurant les services extérieurs (assistance au tir à la cible, aux baignades, marches militaires, manœuvres) dans les garnisons, lesquels sont réellement en souffrance en raison de l'insuffisance numérique du cadre du corps de santé.

Il faut être bien convaincu, en effet, que le nombre des médecins militaires, insuffisant aujourd'hui en temps de paix (1), devra être quintuplé en temps de guerre ; tous les docteurs et pharmaciens de 1re classe, valides jusqu'à l'âge de 45 ans, seront alors versés dans le corps de santé.

Si le législateur a repoussé jusqu'ici le principe des sursis d'appel, c'est parce qu'il a voulu qu'au moment de la mobilisation tout Français en âge de servir ait appris son métier de soldat. La proposition de loi que nous vous présentons ne porte dans la réalité des choses aucune atteinte à l'application de ce principe. L'étudiant en médecine, par le fait seul qu'il est étudiant, se prépare au service qu'il accomplira en temps de guerre, les élèves en médecine et en pharmacie étant au moment de la mobilisation versés dans le service de santé, qui les utilise, soit comme infirmiers, soit comme médecins auxiliaires, selon le nombre de leurs inscriptions. On peut dire que du jour où il a pris sa première inscription, l'étudiant en médecine ou en pharmacie reçoit son affectation normale de guerre, qui variera parallèlement à l'avancement de ses études en temps de paix. Cette situation n'a pas d'analogue, si ce n'est pour le service vétérinaire, et l'on ne peut pas craindre que la faculté d'obtenir des sursis puisse être légitimement réclamée par d'autres professions.

Le médecin est le seul qui soit appelé à rendre dans l'armée le même office, et l'un des plus essentiels, que dans la vie civile.

L'acceptation du projet qui vous est soumis n'entraîne aucune charge nouvelle pour le budget, puisque l'incorporation des étudiants en médecine et en pharmacie est comprise dans les prévisions annuelles.

Enfin nous avons tenu à demander que les internes continuent à jouir comme les docteurs du bénéfice de la loi. Nous appellerons ultérieurement l'attention de M. le Ministre de la Guerre sur la nécessité de prendre à leur égard des mesures spéciales lors de leur nomination au grade d'aide-major de réserve ; sans cela, comme les internes arrivent au doctorat plusieurs années après ceux qui n'ont pas concouru pour cet emploi dont l'accès exige un si long et si grand travail, il en résulterait qu'ils seraient d'autant moins anciens de grade, et par conséquent d'autant moins avancés dans la hiérarchie, qu'ils posséderaient une plus grande valeur professionnelle.

Rien ne serait du reste changé aux dispositions générales de la loi du 15 juillet 1889, sauf en ce qui concerne la limite d'âge pour l'obtention du diplôme, qui serait portée à 27 ans au lieu de 26. Sans cela un élève, ayant commencé la médecine à 20 ans, ne pourrait pas toujours concourir pour l'internat dans des conditions suffisantes de préparation, ou même terminer ses études médicales avec tout le soin nécessaire.

Nous vous demanderons d'abroger, en ce qui concerne les étudiants en médecine et en pharmacie, le bénéfice de l'article 59, qui permet de contracter un engagement volontaire et d'être renvoyé après un an de présence sous les drapeaux. La loi que nous vous proposons n'ayant pas pour objet de créer un privilège en faveur des étudiants en médecine et en pharmacie. Par une loi récente, le Parlement a bien voulu accorder aux élèves de l'École centrale de ne faire leur service qu'à la sortie de l'école, et cela dans l'intérêt de leurs études. Celle que nous avons l'honneur de vous proposer a pour but principal l'intérêt de l'armée, qui exige que, pendant son année de présence sous les drapeaux, le médecin et le pharmacien concourent effectivement au service du temps de paix, et se préparent à leur rôle éventuel dans les formations sanitaires, où le soldat blessé trouvera les soins qu'il doit attendre de leur art au jour de la mobilisation. Nous avons la confiance que vous voudrez bien accueillir favorablement cette proposition, qui accorde les intérêts de la défense nationale et ceux des études scientifiques.

PROPOSITION DE LOI.

ARTICLE PREMIER.

Les modifications suivantes sont apportées à la loi du 15 juillet 1889 :

Les dispositions de l'article 23 relatives aux étudiants

(1) L'effectif des médecins et pharmaciens militaires est aujourd'hui de 1,300, dont 200 sont immobilisés en Algérie, en Tunisie, au Dahomey et au Tonkin. Le projet de loi des cadres soumis à la Chambre des Députés le porterait à 1.441, y compris les 60 stagiaires du Val-de-Grâce.

aspirant au diplôme de docteur en médecine, de pharmacien de 1re classe ou pourvus du titre d'interne des hôpitaux nommés aux concours dans une ville où il existe une Faculté de médecine, sont remplacées par les suivantes :

Art. 23 bis. — Les jeunes gens qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe peuvent, sur leur demande, être mis en sursis d'appel jusqu'à l'obtention de leur diplôme, ou de leur nomination comme interne titulaire des hôpitaux nommé au concours dans une ville où il existe une Faculté de médecine, une Faculté mixte ou une Ecole supérieure de pharmacie.

Avant l'âge de 27 ans, et dans le mois qui suivra leur réception ou leur nomination, les docteurs en médecine, pharmaciens de 1re classe ou internes des hôpitaux, seront appelés sous les drapeaux et renvoyés dans leurs foyers après un an de présence ; ils pourront alors être nommés médecins ou pharmaciens, aides-major de réserve, s'ils ont satisfait aux conditions de conduite et d'instruction déterminées par le Ministre de la Guerre.

En cas de mobilisation, les étudiants en médecine et en pharmacie sont versés dans le service de santé.

L'article 24, sauf en ce qui concerne la limite d'âge pour l'obtention des diplômes, et les articles 25, 26, 27, 33, 44 et 45, mais non les dispositions de l'article 59, modifié par la loi du 11 juillet 1892, sont applicables aux jeunes gens visés par le présent article.

Art. 2.

Toutes les dispositions contraires à la présente loi sont et demeurent abrogées.

M. Cornil ne réclame pas, pour les docteurs en médecine faisant leur service militaire, le *grade de sous-lieutenant*. Nous estimons qu'il aurait dû faire cette demande, car il lui suffira de s'enquérir pour trouver des colonels qui, si le médecin n'est pas officier, ne consentiront pas à lui confier un service qui, à l'armée, ne peut être rempli par un *adjudant*, un médecin *auxiliaire*. On se demande quel est le motif d'intérêt militaire, qui ferait refuser, au docteur, le grade d'aide major, alors qu'on accorde, aux élèves de l'Ecole Forestière, de l'Ecole Polytechnique, et de l'Ecole Centrale, le grade de sous-lieutenant.

La patente des médecins.

Nous recevons la lettre suivante dont les idées pourront être utilisées si la commission financière du Sénat ne revient pas à sa première décision.

Monsieur le Directeur du *Concours médical*,

Dans la séance du 20 février dernier, la Chambre des députés vient de voter une aggravation de la patente déjà très lourde que paient les médecins.

Ceux qui, à Paris, auront un loyer d'une valeur de 3,000 francs et au-dessus, seront taxés au 12e (et non plus au 15e) de la valeur locative imposable. Il en sera de même des médecins qui, en province, dans une ville de plus de cent mille habitants, occuperont un appartement dont la valeur excédera 2,000 francs.

Cet impôt injuste frappera souvent les médecins uniquement parce qu'ils sont chargés d'enfants.

Je connais un médecin qui exerce dans une ville de plus de cent mille âmes et où, en conséquence, les loyers sont fort chers.

S'il s'agissait d'un de ces médecins de Paris, dont la clientèle autorise le luxe d'appartements princiers, personne, pas même l'heureux confrère, ne se plaindrait et ne considérerait ce nouvel impôt comme vexatoire.

Si ce médecin de province, était célibataire ou marié sans enfants, je comprendrais, à la rigueur, qu'on imposât le luxe d'une maison de plus de 2,000 francs.

Mais celui dont je parle, est père de six enfants.

Il doit donc les loger et les loger dans une grande maison s'il veut donner un peu d'air à leurs poumons.

Et pour cela, parce qu'il a une nombreuse famille, parce qu'il veut pratiquer chez lui l'hygiène qu'il prescrit aux autres, on augmente sa patente !

C'est l'impôt sur les nombreuses familles.

Il y a des remèdes à proposer ; en voici deux :

Ou bien, on imposera uniquement, dans l'appréciation de la patente, les pièces de l'appartement ou de la maison du médecin qui servent à sa profession : cabinet et salons d'attente, suivant leur valeur relative au loyer total de l'appartement de famille, suivant même le luxe (?) de leur décoration.

Ou bien, mieux encore, on *dégrèvera la patente* du médecin de tant %, soit d'*un dixième par enfant.*

Il serait très heureux que le *Concours médical* entreprît une campagne en ce sens.

Veuillez agréer, etc.

Dr Butruille,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu,
13, rue du Château, Roubaix.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat de Marseille.

Le Dr Jubiot, président du syndicat de Marseille, nous envoie les renseignements suivants:

« Sur une demande qui lui a été adressée par le Syndicat, le parquet de Marseille a donné ordre aux sages-femmes qui lui étaient signalées, de supprimer de leurs écriteaux ou de leurs prospectus toute annonce de traitement des maladies des femmes et des enfants : plusieurs ont été mises en demeure d'obéir, et elles ont fait refaire leurs écriteaux.

Un nommé Savignac, poursuivi sur la demande du Syndicat pour escroquerie et exercice illégal de la médecine a été condamné à six mois de prison.

Un nommé Vulin, dit « Paysan du Jura », a eu, sur la plainte du syndicat deux faits d'exercice illégal relevés contre lui et a eu deux condamnations au maximum de la peine, soit 30 francs d'amende pour les deux.

Le Syndicat de Marseille a également obtenu un résultat heureux dans un différend avec une Société de secours mutuels. Cette Société avait injustement rayé de ses cadres un médecin qui la desservait ; plainte a été portée au Syndicat qui a pris en main la défense des intérêts et la dignité professionnelle du confrère. Nous avons demandé aux membres du Syndicat de saisir cette occasion de montrer qu'il faudrait à l'avenir compter avec la solidarité des médecins syndiqués. L'appel a été entendu : la Société ne trouvant que refus aux offres qu'elle faisait pour

la place du confrère congédié, a cru avoir raison de cette admirable solidarité en menaçant de renvoyer les trois autres médecins. Les membres du Syndicat ont été aussitôt avisés, et la Société a fini par comprendre qu'il fallait s'incliner. Elle a demandé au Syndicat de vouloir bien fixer un terrain d'entente ; il n'y en avait qu'un : rendre à notre confrère la situation qu'on lui avait injustement enlevée. La Société l'a compris, et aujourd'hui le différend est terminé, et je fais savoir à tous nos confrères que, justice ayant été rendue au confrère qui avait confié ses intérêts au Syndicat, celui-ci levait l'interdit, jeté contre la Société depuis deux mois environ.

Un nouveau syndicat en Vendée.

Un syndicat qui porte le nom de syndicat de Pouzauges, a été constitué dans le courant de l'année dernière, et a fait adhésion à l'Union.

BUREAU :

Président : Dr Barbanneau, à *Pouzauges* ;
Secrétaire : Dr Pépin, à *Montournais*.

MEMBRES :

MM. Guinebretière, *à Cérizay* (Deux-Sèvres). — Paris, *à Chantonnay*. — Billaud, *aux Epesses*. — Brianceau, *au Boupère*. — Meunier, *à Saint-Pierre*. — Davillé, *à la Caillère*. — Noudon, *à la Châtaigneraie*. — Poiraud, *à Mouilleron*. — Baudry, *à la Forêt* (Deux-Sèvres).

Syndicat de Boulogne-sur-Mer.

Le Syndicat de l'arrondissement de Boulogne-sur-Mer, réuni le 7 janvier dernier, s'est constitué officiellement, et a nommé le bureau suivant :

Dr Joseph Gros, *président* ;
Dr Aigre, *vice-président* ;
Dr Patin, *secrétaire-trésorier* ;
Drs Houzel et Brousse, *syndics*.

Syndicats en formation.

Un Syndicat médical va, d'ici peu, être définitivement constitué à Nice. Le Dr Juventin a été chargé par ses confrères de préparer les statuts, qui vont être votés incessamment.

Un autre Syndicat est également en voie de formation dans les Pyrénées-Orientales.

REPORTAGE MÉDICAL

La grande semaine des Congrès et des Sociétés professionnelles vient de finir. Le vendredi, le *Syndicat de la presse médicale* se réunissait et il constatait les bons résultats probables de son intervention, au sujet du service militaire des Etudiants.

Le samedi, la *Caisse des pensions de retraite du Corps médical français* constatait un avoir de quatre cent soixante-sept mille francs et annonçait qu'en 1894, elle commencerait le service de ses pensions.

Le dimanche et le lundi, l'*Association Générale*, dans ses deux séances et le dimanche soir à son banquet, constatait qu'elle pouvait servir à toutes demandes motivées, ses pensions, en ce moment au nombre de 93, et qu'elle allait en élever l'importance.

Le lundi soir, dans une brillante réception, les *présidents et délégués des Sociétés locales*, recueillaient, de la bouche de M. *Lannelongue*, l'assurance que son appui persévérant était acquis à toutes les œuvres de prévoyance et d'assistance confraternelles.

Nous voulons, encore une fois, renvoyer à l'année prochaine l'exécution des vœux que nous formons pour la mise en œuvre des institutions rêvées par les esprits généreux et espérons que notre espoir ne sera pas déçu.

— Association de la Presse médicale. — *Réunion du 7 avril 1893.* Le second dîner statutaire pour l'année 1893 de l'*Association de la Presse médicale* a eu lieu le 7 avril 1893, au restaurant Marguery. 14 membres ont assisté à cette séance que présidait M. le Dr de Ranse, syndic ; le président, M. Cornil, est venu à la réunion qui a suivi le dîner.

MM. Gilles de la Tourette et Chevallereau ont fait leurs rapports sur les candidatures de MM. Bérillon et Henri Fournier.

A l'unanimité, M. Bérillon, Directeur de la *Revue de l'hypnotisme*, et M. Henri Fournier, Directeur du *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, ont été admis comme membres de l'Association de la Presse médicale.

Sur la demande de M. Gilles de la Tourette, secrétaire général du Comité pour l'érection d'un monument à Théophraste Renaudot, une commission a été nommée pour représenter l'Association de la Presse médicale à l'inauguration très prochaine de la statue qui sera élevée au fondateur du Journalisme sur la place du Marché-aux-Fleurs à Paris. Cette Commission se compose de MM. Cadet de Gassicourt, Cézilly et de Ranse. M. Cadet de Gassicourt, prendra la parole au nom de la Commission.

Une commission a été nommée, en outre, dans le but de présenter au rapporteur de la loi sur les patentes à la Chambre des députés, les objections émises par l'unanimité des membres présents de l'Association contre l'aggravation proposée pour la patente des médecins. Cette commission se compose de MM. Chevallereau, de Ranse, Cézilly, Lereboullet et Marcel Baudouin, secrétaire.

Deux candidatures, ayant trait à des journaux de pharmacie, n'ont pas été admises en raison de l'article V des Statuts.

Puis le secrétaire a communiqué à l'Assemblée les renseignements qui lui ont été adressés par le Comité central italien relativement au Congrès international de médecine de Rome et a résumé les démarches faites récemment auprès du Président de la Commission de l'armée à la Chambre des députés par la commission nommée pour l'étude du service militaire des étudiants en médecine.

Le Secrétaire,
Marcel BAUDOUIN.

Le 11 avril 1893.

— Association de la Presse médicale. — *Comité français d'Initiative et de Propagande pour le Congrès International de Rome.* — Le Comité central Italien a adressé au Comité français les renseignements suivants relatifs à l'une des sections du Congrès International de Rome.

M. le professeur Jules FANO est chargé par le Comité central d'une mission spéciale auprès du vice-roi des Indes-Orientales, auquel le Consul général d'Italie, par ordre du gouvernement italien, l'a présenté.

Le Comité central a déjà reçu communication des rapports de M. Fano et du Consul général italien ; il a décidé, en conséquence, de consacrer une partie des séances de la Section d'hygiène (section XV) à une discussion sur le *Traitement du choléra et les mesures quarantenaires*.

Le Consul général d'Italie à Calcutta a présenté au Vice-roi une demande émanant du Comité central et priant le gouvernement des Indes de nommer une Commission spéciale, chargée de présenter un rapport sur ces questions au Congrès de Rome. M. le professeur Cunningham, le célèbre médecin anglais, qui étudie en ce moment aux In-

des le choléra dans son lieu d'origine, a été nommé président de cette Commission

Le Secrétaire général du Comité d'initiative,
Marcel BAUDOUIN.

— *Epidémies diverses*. — A Lorient, le choléra vient de faire sa réapparition. Le foyer est disséminé dans la ville et la banlieue.

A Dijon, il existe une épidémie de variole.

A Paris, on a signalé une épidémie de typhus dans les prisons, et même quelques cas dans les hôpitaux. Cette épidémie viendrait de Lille où le typhus a sévi dans les prisons depuis quelques mois.

Enfin, la grippe ou influenza règne en ce moment en maîtresse. Le chiffre des décès à Paris a été de 1436 dans la 1re semaine d'avril, plus élevé de 160 que la semaine précédente, et de 35 que la moyenne ordinaire de la saison.

— Le Conseil supérieur de l'Assistance publique a admis le sectionnement de Paris en circonscription d'assistance, avec un hôpital chef-lieu auquel seront rattachés un certain nombre de dispensaires.

Les chefs de service des hôpitaux seront privés du droit de choisir eux-mêmes les malades, et, en dehors des cas d'urgence, l'admission à l'hôpital ne pourra plus être prononcée qu'au domicile même des malades. Le Bureau central, dont le Conseil municipal a demandé la suppression, disparaît, et les médecins qui y sont attachés, sont placés à la tête des dispensaires.

Entre autres réformes, on a décidé la création de pharmacies municipales, c'est-à-dire la suppression de la fourniture des médicaments par les pharmaciens de la ville.

— *Les malades riches dans les hôpitaux*. — La question du traitement des malades riches dans les hôpitaux a été soulevée au Conseil municipal de Paris. Après discussion, les deux résolutions suivantes ont été votées :

Le Conseil 1° invite l'administration à prendre des mesures énergiques pour empêcher que des gens aisés et même riches, se fassent opérer gratuitement dans nos hôpitaux ; à rendre beaucoup plus sévères les enquêtes sur la situation des personnes dont le domicile permanent à Paris n'est pas établi ;

2° à étudier l'application d'un prix de journée spécial pour les malades aisés.

— La commission administrative des hospices de Marseille, présidée par le maire, le Dr Flaissières, a voté la laïcisation des hôpitaux civils.

— *Communications aux Sociétés savantes*. — Voici quelques instructions formulées par le Dr Northrup, membre de l'Académie de New-York ; on peut les résumer ainsi :

1° Biffez l'introduction, et commencez là où le sujet commence réellement ; (précepte renouvelé d'Horace).

2° Passez rapidement sur Hippocrate et Galien ; il y a longtemps qu'ils sont morts et leur opinion a quelque peu vieilli ;

3° Condensez le corps du mémoire ;

4° Terminez là ou l'objet du mémoire prend fin.

— Un nouveau député, membre du Concours, M. Leroy, médecin à Fransart (Somme).

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3795. — M. DUPREZ, médecin, à la Roquetoire, par Aire-sur-la-Lys (P.-de-C.), présenté par M. le Directeur.

N° 3796. — M. PAPILLON, médecin, à Puiseaux (Loiret), présenté par M. le Dr Gassot.

NOTA : C'est par erreur que sous le N° 3794 nous avons inscrit M. Henry, médecin, à Rouvy (Aisne). M. Henry n'est pas membre du Concours médical.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur DESRIVIÈRES, de Caumont (Calvados) et de M. le docteur BENOIST, de Die (Drôme), membres du Concours médical.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

Viennent de paraître :

1° **Formulaire pratique pour les Maladies de la Bouche et des Dents,** Memento clinique et thérapeutique, suivi d'un *Manuel opératoire de l'Anesthésie par la cocaïne en chirurgie dentaire*, par G. VIAU, professeur à l'École dentaire de Paris, président de la Société d'Odontologie. In-18 de 400 pages. Prix : Cartonné à l'Anglaise, **5** fr. — Avec reliure souple, **6** fr. (*Envoi franco contre un mandat.*)

L'auteur démontre d'abord dans sa préface que grâce à l'initiative privée par qui fut fondée en 1880 la première école dentaire de Paris, notre pays occupe maintenant une place brillante en Odontotechnie. Grâce encore à l'initiative privée, l'Etat s'est vu conduit à la réglementation de la profession et à la création d'un diplôme.

Le Formulaire de M. G. Viau est *le premier livre de ce genre publié en France*.

Au cours d'un état morbide, il est rare que les indications ne varient pas ; l'auteur a donc rappelé dans des articles, où la concision le dispute à la précision, les caractères cliniques fondamentaux des principales affections de la bouche et du système dentaire. Avoir su faire tenir toute la thérapeutique dentaire, et combien vaste aujourd'hui ! dans de bonnes formules presque toutes expérimentées par lui-même, est une innovation très heureuse de M. Viau.

Une mention particulière doit être faite du chapitre intitulé : *de l'Anesthésie par la Cocaïne.*

Le médecin y trouvera :

1° L'historique et la pharmacologie des préparations de Cocaïne ; 2° L'action physiologique de la Cocaïne ; 3° L'intoxication par la Cocaïne ; 4° Le mode d'emploi de la Cocaïne ; 5° Le traitement des accidents ; 6° L'anesthésie locale au moyen de la *Tropacocaïne*. Bref, résumons-nous en disant que le *Formulaire d'odontotechnie pratique* est un livre *indispensable* pour le praticien qui chercherait longtemps en de vastes volumes ce qu'il trouvera parfaitement condensé dans ce petit manuel. Net **4** fr. ou **4** fr. **80** pour MM. les membres du Concours médical.

2° **Les maladies des prisonniers**, par le Dr EMILE LAURENT, constituent une curieuse étude d'hygiène pénitentiaire.

L'auteur a recueilli un grand nombre de faits pendant son internat à l'infirmerie centrale des prisons. Il en a tiré des chapitres très curieux sur la marche et le développement des maladies épidémiques dans les prisons. Le chapitre sur la pneumonie en particulier est des plus intéressantes et jette un jour nouveau sur l'étiologie si discutée de cette affection.

La tuberculose, la scrofule, le scorbut affectent chez les détenus des allures tout à fait spéciales dont la majorité des hygiénistes et des médecins ne se doutent pas.

Enfin, je conseille aux amateurs le chapitre où est si minutieusement et si exactement décrite la vie du détenu en cellule. L'auteur y a joint deux planches, exécutées par un détenu, et représentant une cellule. Des dessins de ce genre n'ont jamais été publiés nulle part. Net **3** fr. **20** pour MM. les membres du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Séance du Conseil de Direction

Le Conseil de Direction de la Société civile du Concours Médical s'est réuni le 10 avril.
Présents : MM. Cézilly, Gassot, Maurat.
Excusé : M. Gibert.

Le Conseil de Direction s'entretient avec M. le sénateur Cornil de la loi sur l'assistance médicale gratuite et maintient les vœux qu'il a précédemment formulés sur cette question.

Il s'entretient également de la proposition de loi déposée au Sénat sur le service militaire des étudiants et insiste pour que la loi future reconnaisse aux jeunes docteurs accomplissant leur service militaire *le grade et le traitement d'aide major de seconde classe*. Un mémoire spécial sera remis à M. le sénateur Cornil.

Le Conseil de Direction constatant que l'envoi, trois fois répété, des questionnaires sur la morbidité et la mortalité, n'a donné que 1650 réponses, décide que les questionnaires accompagnés d'une lettre spéciale affranchie à quinze centimes seront adressés aux retardataires.

Le Conseil procède à l'examen des comptes de la Société Civile et de la Caisse de prévoyance des assurés sur la vie et reconnaît leur exactitude.

Il décide pour l'emploi des fonds revenant au capital inaliénable l'achat de 2 obligations de la Ville de Paris 1886.

Le Conseil s'occupe des questions courantes et prend les décisions nécessaires.

Le *Directeur*,
A. Cézilly.

Séance du bureau de l'Union des Syndicats du 9 avril 1893.

Présents : MM. Cornil, Porson, Cézilly, Pouillot, Maurat, Hervouët.
Excusés : MM. Jubiot, Cellier, Lécuyer, Luneau, Mignen.
Lecture est faite par le secrétaire-général du procès-verbal de la réunion précédente, qui est adopté, après solution d'un incident relatif aux cotisations d'un Syndicat.

Caisse et adhésion. — Le trésorier communique l'état de la caisse ; l'actif est actuellement de 2.049 francs.— Depuis la dernière réunion, il y a eu adhésion de sept syndicats médicaux donnant un total de 170 membres.

Exercice de la médecine civile par les médecins militaires.— **Dr Porson**. Vous connaissez le résultat obtenu : M. le ministre de la guerre nous accorde satisfaction, et sa lettre établit officiellement des bases solides pour les réclamations qui pourront être faites. Mais il ne faut pas oublier que toutes les plaintes pour être écoutées, devront être fondées sur des faits parfaitement établis et indéniables. Il faut des faits et rien que des faits. Toutes les récriminations basées sur la rumeur publique, l'opinion générale, l'affirmation des médecins intéressés, ne sont d'aucune utilité. Au contraire, toutes les fois que des faits seront parfaitement établis d'exercice fréquent de la médecine civile par des médecins militaires, M. le ministre de la guerre nous assure qu'une prompte satisfaction nous sera accordée.
Résolution : Le président est chargé de transmettre à M. le ministre de la guerre les remerciements du bureau de l'Union.

Assistance des indigents. — Résolution : Le bureau est d'avis que le médecin ait voix délibéra-

tive dans la commission chargée de dresser dans chaque commune la liste des indigents, et regrette que la nouvelle loi n'ait tenu aucun compte du vœu adressé au Sénat par le Président et le secrétaire-général ; il remercie les présidents d'honneur de l'Union, MM. Cornil et Trarieux, qui ont promis de veiller à ce que les règlements tiennent compte des revendications et des intérêts des médecins.

Sociétés de secours mutuels. — Cette question avait été étudiée par le Dr Luneau, qui, malheureusement, n'a pu se rendre à la réunion ; elle est remise à la prochaine séance.

L'Union a fait adhésion à la Ligue de la Prévoyance et de la Mutualité, ce qui permettra à un délégué de prendre la parole au congrès de cette ligue, pour défendre les intérêts médicaux. Vœu : Le bureau engage tous les syndicats médicaux à faire adhésion, dans le même but, à cette ligue dont le secrétaire est M. Jules Arboux, 78, rue Bonaparte. La cotisation est de dix francs par an.

Service militaire des étudiants. — Vœu : Le bureau est d'avis d'appuyer la proposition de loi faite par M. Cornil, mais avec des restrictions au sujet du grade et du traitement ; remplissant les fonctions d'aide-majors, les jeunes docteurs ou les internes n'ont pas de raison pour ne pas être traités comme tels, de même que les élèves de l'Ecole centrale, de l'Ecole forestière, de l'Ecole polytechnique qui font leur année de service militaire avec le grade de sous-lieutenant.

Gratuité sur les chemins de fer pour les membres du bureau et réduction pour les délégués à la réunion générale. — Malgré les démarches du bureau, et l'appui de MM. Trarieux, Cornil, Viger, les compagnies de chemin de fer n'ont donné aucune satisfaction sur ce point.

Patente des médecins. — MM. Cornil et Trarieux feront tous leurs efforts pour faire maintenir à la commission des finances du Sénat son premier vote, annulant la décision de la Chambre qui portait du 15e au 12e la proportionnalité de la patente du loyer pour les médecins ayant plus de 3000 francs de loyer à Paris et plus de 2000 francs dans les autres villes.

La question de la *médecine de frontière* est reportée au lendemain, le Dr Lécuyer qui a fait un travail à ce sujet, ne pouvant venir que ce jour-là.

Questions diverses. — Le Dr Pouillot propose au bureau de s'occuper des questions suivantes : 1o Les chevaux et voitures de médecins sont taxés comme objets de luxe, ce qui est une injustice criante, surtout à la campagne ; il serait bon de faire des démarches pour obtenir une réforme sur ce point. 2o N'y aurait-il pas intérêt à s'occuper de la formation d'un ordre de médecins avec conseil de discipline ?

Sur la première question, le Bureau partage complètement l'opinion du Dr Pouillot. Mais cette question n'ayant pas l'importance de celles dont s'occupe actuellement le Bureau, est remise à une autre réunion.

Quant à l'ordre des médecins, le Bureau décide qu'il n'y a pas lieu de soulever cette question, car le conseil de discipline n'ayant pas le pouvoir d'empêcher les médecins malhonnêtes d'exercer leur profession, et les peines étant dépourvues de sanction, les syndicats médicaux peuvent et doivent parfaitement en tenir lieu, au point de vue de l'autorité morale, sur le corps médical.

Séance du 10 avril.

Présents : MM. Porson, Cézilly, Pouillot, Lécuyer, Hervouet.

Médecine de frontière. — Le Dr Lécuyer lit le travail qu'il a fait sur l'exercice de la médecine sur les frontières. Ce travail sera publié ultérieurement. Les conclusions sont adoptées par le bureau. Des démarches à ce sujet seront faites par MM. Porson et Lécuyer au ministère des affaires étrangères.

Le secrétaire-général,
Dr P. Hervouet.

LA SEMAINE MÉDICALE

Action du bicarbonate de soude sur la digestion.

Il résulte des expériences de MM. Linossier e[t] Lemoine, que le bicarbonate de soude est, [à] toutes les doses, même celle de 10 grammes, u[n] excitant de la sécrétion gastrique. Le premi[er] effet de l'excitation est de saturer l'alcalinité q[ui] résulte de l'ingestion du bicarbonate, puis l'ex[]citation se poursuit, légère et fugitive avec le[s] faibles doses, plus marquée et plus prolong[ée] avec les doses moyennes. Avec une forte dos[e] l'énergie sécrétoire de la cellule semble s'épu[i]ser à lutter contre l'alcalinité, et l'acidité d[u] chyme une fois reconquise (ce qui est toujou[rs] obtenu une heure après l'ingestion même de [10] grammes), l'excitation s'arrête et la proporti[on] normale d'acide chlorhydrique peut ne pas êt[re] atteinte quand les aliments quittent l'estoma[c].

Agissent comme doses faibles : 1 gr. une heu[re] avant le repas, ou 0,50 au moment du repas[;] comme dose moyenne 5 gr. une heure avant [le] repas ou 1 gr. au début du repas ; comme do[se] forte 10 gr. une heure avant le repas ou 5 g[r.] au début.

La dose de cinq grammes, une heure ava[nt] le repas, est celle qui a produit l'excitation ga[s]trique la plus forte.

L'action des alcalins se prolonge au delà [du] jour de l'administration, et se traduit par [une] excitation et une prolongation de la sécréti[on].

En résumé, le bicarbonate de soude est esse[n]tiellement le médicament des états d'insuf[fi]sance de la sécrétion gastrique. Il doit êt[re] administré de préférence quelque temps ava[nt] le repas. Dans l'hyperchlorhydrie, il n'est qu'[un] médicament palliatif, qui risque d'aggraver [la] marche générale de la maladie, en excitant [la] muqueuse déjà trop excitée. Il serait possi[ble] que l'administration de l'acide chlorhydri[que] rendît dans ces cas plus de service en diminu[ant] l'activité sécrétoire de la muqueuse, comme l'[...]

cool entrave la fermentation alcoolique, ou l'acide lactique la fermentation lactique.

Importance de la technique des injections hypodermiques.

Aujourd'hui, les injections sous-cutanées sont devenues d'une grande importance, car la facilité de l'administration des médicaments par cette méthode est fort remarquable. Elle s'est généralisée rapidement et, comme toutes les bonnes choses, elle a été appliquée souvent sans réflexion et sans précaution. *La Gazette des Hôpitaux* nous rappelle brièvement les petites *manies techniques* auxquelles il faut nous conformer, si nous voulons être sûrs de nous-mêmes et éviter des accidents à nos malades. Et d'abord un grand nombre de médecins n'ont pas le soin de bien laver la peau où l'aiguille va pénétrer, de flamber cette aiguille et de ne recourir qu'à une solution parfaitement stérile. L'oubli de ces précautions est la cause d'inflammations et d'abcès.

A côté de ces petits incidents, il y en a d'autres plus sérieux. Deux faits graves sont survenus cette semaine. L'un dû à une injection de caféine, l'autre à une injection de morphine. Les doses, dans les deux cas, étaient des plus minimes. Dans le premier cas, après deux heures de crises convulsives, de contractures, de palpitations, d'angoisse, l'état général s'améliora, le malade guérit. Dans le deuxième cas, la malade mourut dix minutes après l'injection.

Les doses employées étaient normales, nous le répétons ; si elles ont été toxiques, c'est qu'il y avait eu une faute dans la technique de l'injection. En effet, après avoir retiré l'aiguille, dans les deux cas, il sortit par la piqûre quelques gouttes de sang veineux, l'injection avait été faite dans une veine, et l'intoxication avait été immédiate.

De là, ce précepte déjà ancien, mais bien négligé aujourd'hui : ne ponctionner la peau, qu'avec l'aiguille seule et séparée de la seringue ; si l'aiguille pénètre dans une veine, quelques gouttes de sang viendront sourdre à son extrémité. Il faut alors la retirer et ponctionner ailleurs. L'oubli de cette simple précaution vient de coûter la vie à une malade et a failli avoir les mêmes conséquences chez un second.

Traitement de la péri-typhlite.

La chirurgie a peut-être trop empiété sur la médecine, en ce qui concerne le traitement de la pérityphlite ; car une réaction se produit à son endroit comme pour les affections du petit bassin. Les médecins suisses ont eu dernièrement l'occasion de faire connaître leurs opinions sur cette question à l'Association centrale de médecine suisse.

Kocher, de Berne, conseille d'immobiliser l'intestin par la diète absolue, et l'administration des narcotiques à l'intérieur ; pour lui, le rôle principal revient au traitement médical, dont la portée est essentiellement prophylactique. Mais il est des cas où l'intervention opératoire s'impose ; il en est ainsi, sitôt qu'on constate la formation d'un exsudat. Partout où il y a du pus, il faut inciser le plus tôt possible, à cause surtout de l'action délétère exercée par les toxines sur l'organisme. Sur 50 cas opérés par Kocher, et où il existait de vastes foyers purulents septiques, 2 seulement se sont terminés par la mort.

Quand on n'incise pas le foyer, il peut se résorber dans des circonstances heureuses. Mais il y a toujours à craindre qu'il ne s'ouvre dans l'intestin ou dans quelque autre organe. Kocher repousse la ponction exploratrice, à laquelle il reproche d'exposer à une lésion traumatique de l'intestin.

L'intervention opératoire est toujours indiquée dans les formes récidivantes et chroniques de la pérityphlite.

Pour M. *Huguenin*, il n'y a guère qu'un cas sur trois, qui nécessite l'intervention chirurgicale.

M. *Krœnlein* n'est point partisan de l'intervention opératoire préventive, qui lui paraît formellement contre-indiquée pendant le stade aigu, lorqu'il n'y a pas encore formation de pus, lorsque l'appendice iléo-cœcal n'est pas encore perforé.

M. *Wys* insiste sur l'influence salutaire du repos et de la médication opiacée dans les cas de pérityphlite, et sur ce qu'a d'irrationnel l'emploi des laxatifs. Il repousse également l'intervention hâtive. Il ne croit pas davantage que la nature purulente de l'exsudat soit une indication absolue à l'intervention chirurgicale ; en effet, la perforation iléo-cœcale n'aboutit pas forcément à un dénouement fatal, lorsque le malade observe le repos absolu et un régime approprié à sa situation. En agissant ainsi, on diminue les chances de récidive. L'ouverture du foyer purulent dans la vessie, ou dans les organes génitaux chez la femme, constitue des complications favorables. La résorption spontanée des foyers purulents est une éventualité possible.

Pour nous, quoiqu'enthousiaste admirateur de la chirurgie moderne, nous conseillons, dans les cas de médiocre acuité, l'application d'une vessie de glace en permanence sur la région cœcale, et dans les cas très graves l'application d'une bonne poignée de sangsues, 6 à 8 bien vigoureuses, sur la région iliaque droite. L'opium est excellent, mais il n'est pas suffisant, quand il y a vraiment de la pérityphlite.

La prophylaxie de la carie dentaire.

Toute carie dentaire est due à une infection microbienne, qui se cultive dans les milieux acides de la bouche. La *Gazette des Hôpitaux* donne les conseils suivants pour empêcher le plus possible la pullulation des germes buccaux, si nuisibles à la structure normale des dents :

A. *Chez l'enfant.* — Lui apprendre à avoir soin de sa bouche, pour éviter la carie des dents de lait. Celle-ci, outre ses accidents propres, compromet l'éruption des dents définitives (Bouchard) et même l'état normal de leur structure ; en effet, leur développement, leur calcification peuvent se ressentir des inflammations de voisinage, du traumatisme de l'avulsion. En outre, la chute prématurée des dents de lait, mettant les maxillaires dans des conditions anormales, entrave leur développement et peut

amener des anomalies de toutes sortes dans les dents permanentes.

B. *Chez le malade atteint d'une affection aiguë.* — « Dans les pyrexies intenses, dit M. Rappin, *toutes les sécrétions étant diminuées*, on comprend que la neutralisation des acides produits sans cesse dans la bouche par les fermentations n'est plus opérée qu'imparfaitement par la petite quantité de salive qui coule encore. » Par conséquent, pour empêcher la dent de se laisser atteindre par les produits acides des fermentations, il sera absolument indiqué de débarrasser soigneusement la bouche et les dents des enduits saburraux, qui offrent un terrain très favorable aux micro-organismes et de les laver fréquemment et abondamment avec des solutions antiseptiques et alcalines.

C. *Dans les affections chroniques et les états diathésiques.* — Là le médecin, sans négliger les soins locaux de la bouche, devra s'attacher surtout à améliorer l'état général du malade. Instituer le traitement de son diabète, par exemple, « c'est combattre souvent plus efficacement le microbe que de le poursuivre avec des antiseptiques, c'est faire de l'antisepsie indirecte » (Bouchard).

D. Enfin, dans une dernière catégorie de faits, il y a une ***prédisposition locale des dents*** ou des *gingivo-stomatites*, et le médecin doit exercer une surveillance très attentive sur le système dentaire de son malade, s'il veut lui éviter les inconvénients de la carie. Qu'il redouble d'attention pour empêcher la stagnation des détritus alimentaires et muqueux, qu'il enlève le tartre jusqu'à la dernière parcelle, que la dent soit toujours nette, bien dégagée ; il faut gratter, râcler, brûler, couper : pas de clapier gingival, *pas de plaie anfractueuse*, mais une plaie facilement accessible aux antiseptiques.

Le mercure dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Nous avons parlé dernièrement (n° 12 du *Concours*) de l'efficacité incontestable du sublimé dans la fièvre typhoïde. A ce propos, le Dr *Toussaint*, d'Argenteuil, nous prie de rappeler que ce traitement a déjà été employé depuis dix ans par le Dr *Salet*, de Saint-Germain-en-Laye, sous une forme un peu spéciale :

M. le docteur Salet a recours aux sels de mercure, mais non pas sous leur forme double ; il emploie le calomel qui peut être donné à grandes doses, mais que lui donne à doses fractionnées.

Le protochlorure d'hydrargyre est insoluble, mais il le transforme à volonté en bichlorure soluble, à l'aide de boissons salées.

Cette transformation et partant l'absorption se traduisent par la salivation caractéristique dite « mercurielle ».

Lorsque la salivation se produit, on arrête le traitement mercuriel, et le malade a d'autant plus de chance de guérir que cette salivation est arrivée plus rapidement.

Il est bien entendu qu'on ne doit pas laisser à la gingivite le temps de produire les désordres qui entraîneraient fatalement la continuation de la salivation mercurielle ; dès qu'elle apparaît, on cesse l'administration du calomel qui, ayant été introduit fractionnellement et ayant été transformé au fur et à mesure, n'a pu s'accumuler dans l'économie. De plus, le bichlorure introduit dans l'estomac se transforme, sous l'influence des sucs gastriques, en aluminate de mercure, qui est insoluble et qui peut être éliminé en nature avant d'avoir été absorbé.

Le Congrès français de chirurgie.

La chirurgie devient de plus en plus audacieuse. M. Doyen, de Reims, ne préconise rien moins que l'extirpation du *ganglion de Gasser* pour la cure des névralgies faciales, réputées incurables; l'opération qu'il a pratiquée a entièrement réussi. Aucun trouble trophique ne s'est suivi et les douleurs ont disparu. Il propose la même opération, c'est-à-dire la section intra-rachidienne des racines postérieures de la moelle pour les névralgies rachidiennes, la sciatique chronique par exemple.

Le Dr Calot, de Berck, propose la cure des abcès froids par l'extirpation complète de l'abcès et de sa paroi, suivie d'un avivement complet et soigné de toute la surface cruentée et d'une réunion particulièrement bien faite de la plaie sans la moindre suppuration, sans drainage ; il a guéri ainsi un abcès de 3 litres. Il est certain que dans bien des cas cette thérapeutique doit être dangereuse, quand les vaisseaux sont intéressés dans l'abcès, par exemple.

MÉDECINE PRATIQUE

La médication de la fièvre et l'abus de la quinine.

Les médecins répètent souvent à leurs clients qu'il faut détruire les préjugés et savoir se tenir un peu au courant des progrès scientifiques modernes. En cela, je les approuve complètement ; mais « *medice cura te ipsum* » ; qu'ils fassent donc un peu retour sur eux-mêmes et qu'ils se demandent pourquoi ils ont conservé aussi quelques gros préjugés. Chaque fois, par exemple, qu'un malade a de la fièvre, sans se préoccuper le moins du monde de la nature et de la cause de cette fièvre, vite on donne une dose de quinine. Quelle est, je vous le demande, la raison d'une pareille conduite ? C'est que les médecins sont, pour la plupart, sous l'influence de ce vieux préjugé que la quinine, et en particulier le sulfate, est le spécifique de la fièvre. Il y a là, ce nous semble, matière à discussion et il nous paraît intéressant de nous arrêter quelques instants à ce point capital de thérapeutique pour mieux régler notre intervention dans la suite.

I

NATURE DE LA FIÈVRE.

Savons-nous au juste ce que c'est que la fièvre ? Depuis que la médecine est science, on cherche à résoudre ce problème et jusqu'ici bien des théories, bien des solutions ont été proposées ; la difficulté est de savoir démêler la vraie si elle est contenue dans ce qui a déjà été p

posé. Sans aller chercher toutes les hypothèses anciennes qui, forcément, s'appuient sur des données incomplètes, puisqu'on ignorait complètement les facteurs de l'infection, nous nous bornerons à résumer les plus nouvelles expériences entreprises, il y a quelques années, aux laboratoires de la Faculté de Médecine de MM. Bouchard et Hayem, par MM. Charrin, Roger, Roussy et communiqués à l'Académie.

La fièvre est une suractivité des échanges d'assimilation et de désassimilation, caractérisée par une augmentation générale de chaleur ; la suractivité de la circulation existe toujours dans la fièvre, mais elle ne suffit pas à elle seule pour constituer la fièvre ; c'est pour cela qu'il ne suffit pas de constater une augmentation du nombre des pulsations, pour affirmer l'existence de la fièvre : pour qu'il y ait fièvre, il faut qu'il y ait augmentation de chaleur de l'économie entière. Le thermomètre est donc le seul moyen sûr de renseignements sur l'existence de la fièvre. Dans nombre d'anémies ou d'affections nerveuses, on voit augmenter énormément le nombre des pulsations, 110, 120, 140 pulsations par minute chez des adultes, et cependant, si la température du corps prise dans l'aisselle ne dépasse pas 37°5, le malade n'a pas de fièvre.

La fièvre est donc une hyperthermie ; cette hyperthermie varie généralement entre 38° et 42° dans les maladies de nos climats. Dans les pays où règne l'infection paludéenne, la température monte souvent jusqu'à 44 degrés 5.

Or, il paraît de plus en plus vraisemblable que la fièvre est produite par des poisons thermogènes (thermogénine, pyrotoxine) sécrétés par des germes infectieux, en circulation dans l'économie ; toutefois, il ne faut peut-être pas rejeter complètement l'hypothèse que la fièvre est le résultat d'une réaction de l'organisme contre les parasites qui l'ont envahi et principalement d'une dynamogénie exagérée du système nerveux. Ce qui est seulement démontré, en somme, c'est qu'il est possible d'isoler des poisons de cultures, qui, inoculés à des animaux sains, produisent infailliblement une élévation de température très appréciable. Mais sont-ce toujours les mêmes poisons qui entrent en circulation pour déterminer la fièvre ? Comment agissent-ils pour produire cette hyperthermie ? Voilà deux questions encore fort difficiles à résoudre. Il paraît néanmoins probable que ces poisons agissent directement sur chaque cellule pour augmenter son activité physiologique et par suite sa production de chaleur. C'est même cette excitation générale de toutes les cellules de l'économie, qui nécessite temporairement un apport plus grand de sang et qui amène par suite un refroidissement passager de certaines parties du corps, refroidissement qui se traduit par un frisson, absolument comme dans les phénomènes quotidiens de la digestion. Telle est la fièvre.

L'infection paludéenne produit la fièvre à certains moments périodiques et l'expérience prouve que la quinine et ses sels empêchent la production de la fièvre, en agissant soit sur les poisons thermogènes pour les neutraliser, soit sur les germes producteurs de ces poisons en les détruisant. S'ensuit-il nécessairement que toutes les fièvres soient justiciables du même médicament ? Rien n'est plus douteux.

Et d'ailleurs, il faut encore faire une distinction dans l'étude des fièvres ; LA THERMALITÉ, la production exagérée de chaleur est symptomatique d'une infection quelconque, il ne faut pas la confondre avec LA PYREXIE, qui a une compréhension plus étendue. Dans le mot pyrexie il faut voir l'idée de cycle fébrile ; une pyrexie est une suite, un ensemble d'accès fébriles, d'hyperthermies. Or un médicament peut être antithermique et aussi antipyrétique, mais il peut être l'un sans l'autre.

Prenons des exemples : le sulfate de quinine est à la fois antithermique et antipyrétique pour la malaria ; l'antipyrine est seulement antithermique dans la plupart des maladies ; le salicylate de soude est antipyrétique dans le rhumatisme articulaire aigu, c'est le spécifique du rhumatisme.

Mais, IL N'Y A PAS DE SPÉCIFIQUE DE LA FIÈVRE EN GÉNÉRAL ; les moyens de la combattre ne manquent certes pas, mais on ne peut dire lequel est le meilleur, pour la raison, que chaque phénomène fébrile est produit par une cause déterminée, contre laquelle il faut surtout diriger ses efforts.

II

Les médications antifébriles

Il ne faut donc plus placer le sulfate de quinine en tête des médicaments antifébriles, c'est le spécifique de la malaria et de toutes les fièvres d'origine paludique ; mais il est absolument inutile dans toutes les autres fièvres. En tout cas, c'est un des moins bons médicaments antifébriles. Tout au plus, concédons-nous son efficacité dans les fièvres grippales, qui probablement, sont autant telluriques que microbiennes ; encore paraît-il vraiment antipyrétique, c'est-à-dire destructeur et perturbateur du cycle fébrile, mais il n'est pas antithermique directement.

En général, la fièvre indique une maladie, mais elle n'en indique pas toujours la gravité. Donc trois cas :

1° La fièvre est intense et la maladie peu grave ; cela se présente généralement chez les enfants ; un léger embarras gastrique, une petite angine herpétique, une affection toute locale, un abcès, donnent souvent lieu à des mouvements fébriles très intenses, 40° et 41°.

2° La fièvre est modérée et l'affection est très grave ; l'angine diphthérique en est un exemple frappant.

3° La fièvre est proportionnelle à l'intensité de l'affection, comme dans les cas de fièvre typhoïde, de pneumonie, de tuberculose, etc.

Il est bien clair que la conduite du médecin ne doit pas être la même dans ces différents cas. Et cependant, combien de fois avons-nous vu prescrire indistinctement dans chaque accès fébrile de ces différentes maladies, cinquante centigrammes, un gramme et même deux grammes de sulfate de quinine.

Beaucoup de malades le réclament, par préjugé ; devons-nous leur céder davantage sur ce préjugé, que sur d'autres, tels que l'alimentation des nouveau-nés ? En somme, quel est le danger de la fièvre ? pourquoi paraît-on toujours satisfait, quand, après avoir examiné un malade, on a constaté qu'il n'a plus de fièvre ? C'est que la fièvre étant une suractivité générale des cellules, l'organisme est d'autant plus affaibli qu'il

a subi la fièvre plus ou moins longtemps. Le cœur et les centres nerveux sont les plus usés par une période fébrile de longue durée ; viennent ensuite le foie, les reins, la rate.

Il faut évidemment combattre la fièvre ; elle n'est pas nécessaire à la bonne terminaison d'une maladie ; elle est toujours nuisible, en exagérant les autres symptômes, principalement l'agitation et le délire, et en détruisant une grande quantité de cellules par l'excès de calorification. Plus la fièvre est longue et intense, plus la convalescence sera pénible et prolongée.

En premier lieu on doit donc chercher des antipyrétiques, des médicaments ou des moyens capables de diminuer l'intensité générale du cycle fébrile. Pour cela, il faut avoir fait un diagnostic précis. La malaria est justiciable du sulfate ou mieux du chlorhydrosulfate de quinine (Grimaux et Laborde) ; la grippe et la fièvre de l'influenza sont aussi modifiées par la quinine ; le rhumatisme articulaire aigu, par le salicylate de soude ; les embarras gastriques, par les éméto-cathartiques ; la fièvre typhoïde, par les antiseptiques intestinaux : calomel, beuzonaphtol, lavements phéniqués ou boriqués ; la pneumonie franche, par l'alcool et par la digitale.

Encore ces deux dernières maladies ne sont-elles pas toujours beaucoup influencées par tous ces moyens.

La série des antithermiques est beaucoup plus étendue que celle des antipyrétiques ; en tête, nous placerons les bains tièdes progressivement refroidis, jusqu'à 20° ou 22 degrés. La fièvre est une augmentation générale de chaleur ; les bains sont les plus inoffensifs des moyens destinés à soustraire de la chaleur, et en effet, après un bain convenablement donné, la fièvre tombe toujours de quelques degrés. Comme il faut un certain temps à l'organisme pour revenir à la température initiale fébrile, on peut laisser reposer le malade, et donner un nouveau bain dès que la température semble remonter trop haut. Tant que le thermomètre ne monte pas au-dessus de 39°, il n'y a qu'une fièvre modérée et peu dangereuse pour le malade ; au-dessus, les cellules se détruisent trop vite, le cerveau et le cœur sont, pour ainsi dire, cuits par l'hyperthermie ; la dégénérescence graisseuse frappe les viscères et particulièrement le foie.

L'antipyrine est le meilleur moyen antithermique après la balnéation. Malheureusement, ce médicament agit surtout comme nervin, et en général, les nervins sont des poisons ou tout au moins des médicaments dangereux à manier longtemps sans interruption.

Pour une fièvre de courte durée, dans les angines, dans les embarras gastriques, dans les bronchites, la scarlatine même, on peut employer avantageusement l'antipyrine, par doses fractionnées de 0,25 ou de 0,50 centigrammes jusqu'à 1 ou 2 grammes, suivant l'âge ; dans les accès fébriles de la tuberculose pulmonaire, de la suppuration pleurale ou autre, l'antipyrine est certainemeut merveilleuse, quand elle est administrée par fractions, à intervalles réguliers et suffisamment rapprochés du moment, où débute la fièvre.

L'acide salicylique paraît être aussi un bon antithermique, surtout dans la fièvre typhoïde, à la dose de 0,50 centigr. à 1 gramme en 24 heures.

L'antifébrine, la phénacétine, etc., sont des médicaments dangereux à manier d'une manière prolongée.

L'acide phénique en lavement est souvent dangereux, comme antithermique, car il amène des désordres graves par sa toxicité et sa causticité.

Les anciens vantaient la digitale, l'aconit, comme antithermiques. Ce sont certainement des médicaments inférieurs à l'antipyrine comme antithermiques, mais ils agissent favorablement comme calmants de l'agitation et toniques du cœur (digitale).

Il faut bien avoir présent à l'esprit que tous les antithermiques ne répondent qu'à une indication immédiate, mais qu'ils n'ont aucun effet continu ; la fièvre reparaît dès que leur élimination de l'organisme est complète. Une nouvelle dose est donc nécessaire pour faire tomber encore la fièvre. D'où cette conclusion que, dans les courts mouvements fébriles, il y a avantage à employer l'antipyrine, et dans les longues fièvres, dans la typhoïde, la pneumonie, les broncho-pneumonies, les méningites, etc., il vaut mieux employer les bains refroidis, dont l'action ne peut être nuisible, que s'ils sont mal donnés, trop longs et non suivis de réaction.

La quinine n'a pas d'avantage dans toutes ces maladies ; mais peut-elle avoir des inconvénients ? Certes elle en a, et ils peuvent être très grands.

A faible dose, la quinine reste à peu près inerte ; dans les pays où la malaria règne et où l'on emploie largement la quinine, les doses varient de 2 à 3 grammes en 24 heures, quelquefois plus ; c'est formidable pour nous. Si vous donnez de fortes doses pendant quelque temps, vous provoquez de l'intolérance gastrique, et une dyspepsie plus ou moins prolongée en sera le résultat pendant la convalescence ; de plus, le malade déjà congestionné par la fièvre, l'est encore plus par la quinine, et certes, après l'administration du médicament, le malade est encore plus assommé qu'auparavant.

Beaucoup de médecins prétendent que la quinine est un excellent tonique ; pas meilleur, je pense, que l'extrait de quinquina et l'alcool ; il vaut mieux donner l'extrait de quinquina, qui n'aura pas d'inconvénients, qui ne détériorera pas la muqueuse gastrique ; c'est plus sûr et plus efficace. Encore, ne parlons-nous pas du goût atroce de la quinine qu'on est obligé d'administrer en cachets ou en lavements, quand il serait bien plus facile de donner de l'antipyrine en solution, tant le goût en est peu prononcé et facile à masquer.

Mais les bains et l'antipyrine ont aussi de graves inconvénients, dit-on. — Pour l'antipyrine, il y a exceptionnellement des éruptions, nous le savons ; mais, la quinine est-elle toujours bien supportée ? Ne produit-elle pas aussi des éruptions ? Ces exceptions ne prouvent jamais rien ; et d'ailleurs, dans ces cas, on peut essayer un autre moyen, l'acide salicylique, l'antifébrine, la digitale même.

Quant aux bains, beaucoup y répugnent encore ; c'est un vieux préjugé ; il est clair, que si vous prenez toutes les précautions vou-

lues, vous n'aurez pas d'accidents. Les toniques doivent corroborer largement l'action de la balnéation; le quinquina, la caféine, l'alcool, l'acétate d'ammoniaque, les frictions, les sinapisations ne doivent pas être épargnés. L'essuyage doit toujours être parfait, la chambre chauffée à 20°, aucun courant d'air ne doit se produire pendant la balnéation ; enfin les bains doivent être suffisamment renouvelés.

Tous ces détails sont d'importance capitale, et cependant comme on les néglige souvent ! et l'on médit des bains ! de pareils traitements ne sauraient être appliqués à la légère.

Dr Paul Huguenin.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Caisse des pensions de retraite du corps médical français.

Assemblée générale de 1893.

Le 9 avril 1893, à cinq heures et demie, a eu lieu l'assemblée générale de la caisse des pensions de retraite du corps médical français, sous la présidence de M. le Dr Dujardin-Beaumetz.

M. le secrétaire-général lit le procès-verbal de l'assemblée générale de 1892, procès-verbal qui est adopté.

M. le Dr Gassot, au nom du comité des censeurs, lit le compte-rendu de la réunion du comité qui a eu lieu avant celle de l'assemblée.

Présents : MM. de Ranse, *président*, Porson, Gassot.

En l'absence de M. Monin, M. Gassot remplit les fonctions de secrétaire.

Le conseil constate qu'il n'est pas en nombre pour délibérer valablement.

Les membres présents, après avoir entendu les rapports du secrétaire général et du trésorier, décident qu'ils procèderont cependant à la vérification de la comptabilité.

Ils constatent que cette comptabilité est régulière et proposent de voter des remerciements à M. Verdalle, trésorier.

Ils émettent le vœu que l'article 5 des statuts soit révisé de telle sorte que le nombre des censeurs soit diminué, que les membres sortants soient rééligibles, qu'enfin la présence de trois membres soit suffisante pour assurer la validité de la délibération.

Ils décident qu'ils déposeront à l'assemblée générale un rapport constatant ces décisions.

L'assemblée générale, après la lecture de ce rapport, prend le vœu en considération et charge M. Gassot de vouloir bien lui présenter à l'assemblée générale de 1894, un travail sur ce sujet.

M. le secrétaire-général a la parole pour la lecture de son compte rendu annuel.

Compte rendu du secrétaire général, Dr Delefosse.

Messieurs et chers Collègues,

Plus notre caisse avance en âge, plus le compte rendu annuel de votre secrétaire général perd de l'intérêt : la période de lutte, sans être complètement terminée, a fait place à celle de l'apaisement des critiques, les explications fournies ont élucidé les points qui paraissaient obscurs à quelques adhérents ; en résumé, la Société, après avoir côtoyé les récifs de la sortie du port, vogue maintenant en pleine liberté et n'a plus besoin, pour être dirigée, que du simple coup de barre du timonier.

Mon rôle se résume donc désormais à vous présenter quelques réflexions suggérées par les lettres reçues dans le courant de l'année et à vous faire part des travaux du Conseil général.

J'appellerai votre attention cette année sur un point des statuts qui a été l'objet de plusieurs lettres de confrères adhérents : je veux parler d'un paragraphe de l'article 8, qui dit ceci : « *Tout adhérent peut, à un moment quelconque de la participation à l'œuvre, jouir de l'une et de l'autre des combinaisons indiquées plus haut.* »

Or, ce paragraphe a été interprété par quelques confrères de la façon suivante que je vais essayer de rendre très claire en prenant un type fictif : M. X. avait 48 ans quand il est entré dans la Société et il avait choisi à cette époque, il y a 8 ans, le tableau C. Cette année, en 1893, il désire prendre le tableau A, à pension entière de 1.200 fr., et il nous propose cette combinaison. Depuis 8 ans, j'ai versé 100 fr. par an de prime, au lieu de verser la prime annuelle correspondant à 48 ans pour avoir à 60 ans d'âge la pension de 1.200 fr., je voudrais avoir cette dernière à 60 ans, je vais donc vous verser une somme qui, capital et intérêts réunis, vous donnera le même capital que si j'avais fait les versements statutaires.

Eh bien ! messieurs, ce raisonnement qui paraît au premier abord très naturel et très simple, puisqu'il a été fait par cinq confrères adhérents habitant chacun des points différents de la France, ce raisonnement dis-je, pèche par la base. Je vais vous le faire comprendre de suite et j'espère très facilement : nos tarifs sont basés sur cette combinaison : à 60 ans d'âge, il est admis, d'après les tables de mortalité, qu'un homme a 14 ans de survie à parcourir : par conséquent, dans nos calculs nous devons tenir compte de cette probabilité que les adhérents qui arriveront à 60 ans d'âge, devront toucher leur retraite pendant 14 ans : ce qui fait pour chacun, une somme de 14 × 1,200 fr. = 16,800 fr. Or, ce même adhérent qui pourra toucher 16,800 fr. n'aura versé en tout que 7,365 fr., (intérêts et capital compris), c'est-à-dire qu'au bout de 7 ans de retraite, le capital versé par lui, lui aura été remboursé et que pendant les 7 autres années, c'est la caisse seule qui alimentera la pension. Ce qu'il y avait donc à rechercher c'était de savoir comment se trouverait ce supplément ; cette recherche s'est basée sur le calcul suivant : quelle est la prime à verser à 30 ans par exemple, par 100 personnes, pour que les survivants à 60 ans soient payés par ces primes : en d'autres termes ce sont les primes versées à fonds perdus par ceux qui mourront pendant la période de 30 à 60 ans qui combleront le déficit.

Or, si nous acceptions les combinaisons proposées par nos confrères, les risques pour eux n'existeraient plus ; il n'y aurait plus de mortalité pour ainsi dire, puisque les adhérents ne verseraient qu'un an ou deux avant la retraite et alors le système de la caisse serait altéré.

Tout adhérent doit donc bien faire attention à ce fait que les combinaisons sont basées sur la mortalité et que si vous supprimez cette mortalité, aucun intérêt même très élevé, aucun remboursement de capital ne peut la remplacer.

Ceci étant établi, il me paraît nécessaire de bien développer le mécanisme du paragraphe de l'art. 8 par exemple :

Un médecin est entré en 1884 à l'âge de 50 ans, avec la prime du tableau C, il vient cette année prendre le tableau A ; à partir de cette année, il versera la prime nouvelle et l'ancienne ; en 1894, il touchera sa retraite proportionnelle (c.) et dix ans après l'année de sa nouvelle combinaison, il touchera la retraite entière : ce qui veut dire qu'il faut toujours pour toucher une retraite quelconque avoir versé *pendant dix ans*, la prime annuelle correspondant à cette retraite.

Le changement dans les diverses combinaisons de la caisse n'enlève nullement ces deux principes fondamentaux qui font la force de nos statuts ; avoir 60 ans d'âge et verser pendant dix ans une même prime correspondant à une retraite déterminée.

Je choisirai un dernier exemple, simple, pour bien faire comprendre tout ce que je viens de vous dire.

En 1894, un médecin a 50 ans et demande d'après le tarif A, 1 pension entière, c'est-à-dire 1200 fr. de retraite à 60 ans ; il paiera une prime de 614 fr., de 1894 à 1904, pendant dix ans, pour toucher en 1904, 1200 fr. de retraite. Supposons qu'en 1899, c'est-à-dire dans cinq ans, il veuille toucher une retraite de 2.400 fr., c'est-à-dire le double ; touchera-t-il cette retraite double en 1904 ? pas le moins du monde ; en 1904, il touchera 1200 fr. de rentes et en 1909, il touchera la retraite double, c'est-à-dire après dix ans de versement de cette deuxième prime : une double prime aura été versée pendant les années de 1899 à 1904 :

En résumé le tableau sera le suivant : (tableau A) ;

De 1894 à 1899, prime de 614 fr. à 50 ans ;

De 1899 à 1904, prime de 614 fr. à 50 ans et de 484 fr. à 55 ans ;

De 1904 à 1909, prime simple de 484 à 55 ans.

Au 1er janvier 1905, il touchera une retraite de 1.200 fr. et au 1er janvier 1.910 fr., une retraite de 2.400 fr.

Il s'est présenté, Messieurs, cette année deux cas qui vous prouveront combien notre société est plus avantageuse qu'une compagnie d'assurances. Deux médecins nous ont écrit pour nous faire part de leur détresse pécuniaire et de leur impossibilité de continuer le versement de leur prime annuelle. Dans une compagnie ordinaire d'assurances, la question serait facilement résolue ; on rembourserait à ces médecins une certaine somme (environ le 1/3 des versements effectués) et leur assurance serait perdue. Chez nous, il n'en est pas de même : nos confrères avaient encore un ou deux versements à effectuer ; le conseil général a décidé de vous demander que ces versements seraient pris sur la caisse auxiliaire, à titre de prêt. Chez nous donc, grâce à notre caisse auxiliaire, nos deux sociétaires sont sûrs de ne pas perdre leur retraite.

Messieurs, dans le courant de cette année, votre conseil général a eu à s'occuper d'une question très importante : vous savez qu'actuellement les placements rémunérateurs sont très difficiles : ceux à 4 0/0 et sûrs deviennent de plus en plus rares : nous venons donc vous demander de voter la proposition suivante : Le comité directeur est autorisé à étudier les moyens qui permettront de faire face à l'abaissement du taux d'intérêt et à présenter à l'assemblée générale de 1894, un rapport sur ce sujet.

Nous vous demandons en outre de voter la proposition suivante : le comité directeur est autorisé à étudier l'art. 23 en ce qui concerne le paragraphe suivant : *si la portion disponible des recettes ordinaires est plus que suffisante pour porter la pension à ce chiffre, l'excédent sera divisé en trois parts.*

L'une ira grossir le capital inaliénable.

La seconde sera réservée pour, en cas de besoin, les années suivantes, parfaire le chiffre des pensions.

Enfin, la troisième sera affectée au service de la caisse auxiliaire. Pour des raisons que M. Lande peut vous donner verbalement, le Conseil général vous demande l'examen de la phrase suivante : *La réserve ainsi constituée ne pourra dépasser 50,000 fr. ; au-dessus de ce chiffre, le surplus sera attribué au capital inaliénable.* Le Conseil général serait d'avis de supprimer ce membre de phrase et de le reporter plutôt à la caisse auxiliaire.

Si vous voulez bien nous permettre d'étudier cette question, nous vous apporterons à l'assemblée générale de 1894, un rapport détaillé sur les modifications que nous vous proposerons.

Messieurs, je vous disais au commencement de ce compte rendu que plus nous allions, plus la tâche du secrétaire général s'allégeait. Malheureusement il n'en est pas de même de celle de notre très cher trésorier : plus nous allons, plus les capitaux abondent et l'année prochaine il faudra encore ajouter le surcroît de travail de la distribution des pensions : Notre collègue Verdalle, pour économiser vos deniers, désire supporter seul ce lourd travail ; aussi je crois devoir vous prier de ne pas suivre notre trésorier dans son système d'économie et de lui prodiguer au contraire largement nos sincères applaudissements et nos chaleureuses félicitations.

M. le secrétaire-trésorier lit le compte rendu financier annuel.

L'assemblée les comptes et vote par acclamations de vives félicitations au trésorier : elle vérifie l'encaisse et les valeurs.

Elle décide que les divers rapports demandés par M. le secrétaire général seront discutés dans l'assemblée générale de 1894.

Elle accorde les deux prêts proposés par le Conseil général.

Le Secrétaire général,

Dr Delefosse.

Nous publierons dans un prochain n° le rapport du trésorier Dr *Verdalle*, qui ne nous est pas encore parvenu.

Obligations Militaires des étudiants en Médecine.

Au moment où M. le sénateur Cornil dépose une proposition de loi qui modifiera, si elle est adoptée, l'état de choses actuel contre lequel protestent le bon sens et l'intérêt public — il est intéressant de faire connaître la législation en vigueur.

Nous empruntons à la *Gazette hebdomadaire* et au *Guide annuaire de l'étudiant en Médecine de l'Université de Bordeaux*, l'article suivant qui nous paraît fort bien résumer la question.

1° *Devoirs militaires imposés aux Français par la loi du* 15 *juillet* 1889.

Le service militaire personnel a été imposé à tout Français par la loi du 15 juillet 1889 (art. 36 modifié par la loi du 19 juillet 1892.)

Trois ans dans l'armée active.
Dix ans dans la réserve de l'armée active.
Six ans dans l'armée territoriale.
Six ans dans la réserve de l'armée territoriale.

La durée du service militaire compte du 1er novembre de l'année du tirage au sort. L'incorporation se fait au plus tard le 16 novembre de la même année.

C'est au 31 octobre que, en temps de paix, chaque année,les militaires sont envoyés respectivement dans les réserves ou l'armée territoriale après avoir accompli le temps de service prescrit.

Pendant la troisième et pendant la sixième année de leur service dans la réserve de l'armée active, les hommes sont convoqués à une manœuvre d'une période de quatre semaines.

Tout homme inscrit sur le registre matricule doit, s'il se déplace pour changer de domicile ou de résidence, faire viser dans le délai d'un mois son livret individuel par la gendarmerie du lieu où il établit son domicile ou sa résidence.

S'il se déplace pour plus d'un mois, il fera viser son livret avant de partir, dans les mêmes conditions. Alors il aura droit en cas de mobilisation ou de rappel de sa classe, à des délais supplémentaires pour rejoindre.

En cas de maladie, l'homme doit se présenter au recrutement pour être examiné par le médecin de service. En cas d'impossibilité de déplacement,il s'adressera à la gendarmerie à laquelle il remet une demande de sursis ou de réforme et un certificat du médecin qui le soigne.

Après la publication de l'ordre de mobilisation, les hommes qui n'ont pas fait valoir à temps leurs infirmités sont dirigés sur leurs corps, et non présentés devant les commissions de réforme.

2° *Droits et devoirs des étudiants en médecine.*

La note ministérielle du 7 octobre 1890 règle maintenant les conditions dans lesquelles les étudiants en médecine et les élèves en pharmacie aspirants au diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe sont *seuls* appelés à bénéficier de l'article 22 de la loi du 15 juillet 1889.

§ 23. — En temps de paix, après un an de présence sous les drapeaux, sont envoyés dans leurs foyers *sur leur demande* jusqu'à la date de leur passage dans la réserve, les jeunes gens qui ont obtenu ou qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir, soit le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe, soit le titre d'interne des hôpitaux nommés au concours dans une ville, où il existe une Faculté de Médecine.

Si les jeunes gens ont obtenu les diplômes ou titres nécessaires avant d'être appelés sous les drapeaux ; ils formulent leurs demandes au Conseil de revision.

S'ils les ont obtenus entre leur comparution devant le Conseil de revision et leur incorporation, ils présentent leurs pièces au commandant du bureau de recrutement de la subdivision à laquelle appartient le canton où ils ont concouru au tirage, et ce, avant leur incorporation et dans le délai d'un mois après l'obtention des titres.

(Art. 1er, §§ 2 et 3 du décret du 23 novembre 1889.)

La dispense, lorqu'elle a été prononcée non sur le diplôme, mais sur le vu des certificats constatant les études qui conduisent aux diplômes, demeure subordonnée à l'obtention de ces diplômes ou du titre d'interne, avant l'âge de vingt-six ans, et à la régularité dans la poursuite des études.

La justification consiste ou dans le diplôme, ou dans un certificat d'aptitude au diplôme établi par les doyens des Facultés ou les directeurs des Écoles de Médecine ou de Pharmacie, la pièce constate que les jeunes gens continuent à être en cours régulier d'études et que leurs inscriptions ne sont pas périmées ; ou dans le certificat du directeur de l'Assistance publique visé par le préfet de la Seine à Paris, ou du maire, président de la Commission administrative, visé par le préfet, à Bordeaux, Lille, Lyon, Nancy, Montpellier, s'il s'agit du titre d'interne en médecine ou en pharmacie. Elle est remise du 15 septembre au 15 octobre chaque année, au commandant du bureau de recrutement de la subdivision à laquelle appartient le canton où les étudiants ont concouru au tirage au sort (Modèle G.)

Ces certificats, qu'il s'agisse des établissements d'enseignement supérieur de l'Etat ou des Facultés libres, doivent être visés par le recteur.

C'est aux intéressés et non à l'Administration qu'incombe le soin de remettre les pièces officielles aux commandants des bureaux de recrutement, dans le délai d'un mois après l'obtention des titres.

Ces jeunes gens seront répartis et incorporés dans les mêmes corps de troupe d'infanterie que les recrues de leur subdivision de région ne faisant qu'un an de service.

Quel que soit le nombre de leurs inscriptions, ils seront pendant les six premiers mois de leur présence au corps, exclusivement soumis aux obligations du service imposé aux hommes de leur classe.

A partir du deuxième semestre, ils suivront les cours et exercices spéciaux aux infirmiers et aux brancardiers régimentaires et des conférences sur le service de santé en campagne. Cette instruction leur sera donnée en dehors des exercices militaires par les médecins des régiments. Pendant les manœuvres en pays de montagnes, un certain nombre d'étudiants en médecine, pris parmi ceux qui posséderont le plus grand nombre d'inscriptions et auront fait preuve de connaissances nécessaires, seront attachés aux bataillons alpins. Ils y rempliront les fonctions de médecins auxiliaires et jouiront des avantages actuellement concédés aux engagés conditionnels médecins affectés à ces bataillons.

Tous les cours et exercices professionnels spéciaux donneront lieu de la part des médecins-majors des régiments à des notes remises aux chefs de corps. Il sera tenu compte de ces notes pour le renvoi de ces étudiants. Les jeunes gens qui n'auraient pas satisfait, dans le cours de leur année de service, aux conditions de conduite et d'instruction militaire déterminées par le ministre de la guerre, seront tenus d'accomplir les deux années de service dont ils avaient été dispensés. (Circulaire ministérielle du 28 mai 1890.)

Dans le cours de l'année qui précèdera leur passage dans la réserve, les jeunes gens dispensés feront un stage de quatre semaines dans les hôpitaux militaires désignés par les commandants des corps d'armée, des cours et exercices professionnels en conformité de programmes arrêtés par les généraux, sur la proposition des directeurs du service de santé. A cet effet, les étudiants qui, leur année de service accomplie, auront été versés dans une section d'infirmiers, appartenant à un corps d'armée ne possédant pas d'hôpital militaire, seront, après avoir rejoint le dépôt de cette section, dirigés sur les hôpitaux militaires d'un corps d'armée voisin, savoir :

Ceux de la 2e section, sur l'hôpital de Lille.
De la 3e section, sur l'hôpital du Gros-Caillou (Paris).
De la 4e — — de Saint-Martin (Paris).

De la 9e section sur l'hôpital de Versailles.
De la 11e — — de Rennes.
De la 12e — — de La Rochelle.
De la 13e section sur les hôpitaux de Lyon.

En cas de mobilisation, ceux des étudiants qui ont subi avec succès l'examen de médecin auxiliaire seront employés comme tels. Tous les autres étudiants en médecine ou en pharmacie feront le service incombant aux infirmiers militaires.

Cet examen est celui qui est exigé depuis le 1er janvier 1885 des docteurs en médecine et des pharmaciens de 1re classe appartenant à la disponibilité, à la réserve de l'armée active, à l'armée territoriale ou à la réserve de l'armée territoriale, pour être nommés au grade d'aide-major de 2e classe.

C'est celui que l'art. 17 du règlement du 22 juillet 1883 imposait aux étudiants en médecine possédant 12 inscriptions valables pour le doctorat, et aspirant à l'emploi de médecin auxiliaire.

Il porte sur les matières suivantes :

Notions sur l'organisation générale de l'armée, la discipline et la hiérarchie militaire ; sur l'organisation du service de santé à l'intérieur et en campagne.

Infirmeries régimentaires. — Composition des sacs et sacoches d'ambulance de l'approvisionnement d'infirmerie régimentaire de campagne.

Postes de secours. — Infirmiers et brancardiers régimentaires.

Hôpitaux militaires.

Ambulances. — Infirmiers et brancardiers d'ambulances. Hôpitaux de campagne.

Hôpitaux d'évacuation ; trains d'évacuation, ambulances provisoires de gare.

Secours à donner aux blessés sur les champs de bataille ; bandages et appareils improvisés, relèvement et transport des blessés, brancards et voitures.

Convention de Genève.

Pour les pharmaciens de 1re classe, l'examen comprend les matières suivantes :

Notions sur l'organisation générale de l'armée, la discipline et la hiérarchie militaire, sur l'organisation et le fonctionnement du service de la pharmacie à l'intérieur et en campagne.

Composition en médicament et en objets de pharmacie des approvisionnements d'infirmeries régimentaires, d'ambulances, d'hôpitaux de campagne et d'hôpitaux temporaires.

Convention de Genève.

3° *Médecins auxiliaires de l'armée.*

L'examen est passé devant un jury composé :

Pour les docteurs en médecine. — D'un médecin-major de 1re classe, président, et de deux médecins-majors de 2e classe.

Un jury fonctionne pour les médecins et les pharmaciens dans chaque ville, siège d'une Faculté ou d'une Ecole de médecine. Les examens ont lieu chaque année, à des époques fixées par les directeurs du service de santé, à partir du mois d'Août, et sont précédés de conférence sur l'administration et l'organisation militaires.

La date et le lieu de ces conférences et des examens sont portés par voie d'affiches, à la connaissance des étudiants.

Sont dispensés de se présenter aux épreuves dont il s'agit, les docteurs en médecine qui les ont déjà subies avec succès à l'époque où ils se sont présentés comme candidats à l'emploi de médecin auxiliaire.

Les candidats doivent demander à prendre part à ces examens, par une lettre adressée au Directeur du service de santé du corps d'armée où ils résident.

Ils font connaître dans cette lettre, d'une manière très précise, leurs nom et prénoms, et l'adresse à laquelle la convocation doit leur être envoyée par le Directeur du service de santé.

Au début des épreuves, les candidats médecins doivent présenter au président du jury le certificat qui leur a été remis par le secrétaire de la Faculté, en attendant la délivrance du diplôme de docteur en médecine.

Les candidats pharmaciens ne pourront prendre part aux épreuves qu'à la condition de présenter au président du jury, soit le certificat qui leur a été remis par le secrétaire de l'Ecole de pharmacie, en attendant la délivrance du diplôme, soit un certificat attestant qu'ils sont pourvus de toutes les inscriptions nécessaires pour l'obtention du diplôme.

Les candidats pharmaciens qui ont déjà satisfait à cet examen comme étudiants, sont dispensés de s'y présenter de nouveau lorsqu'ils ont obtenu leur diplôme.

Le général commandant le corps d'armée, nomme et affecte les candidats reçus, mais seulement quand ils appartiennent à la réserve de l'armée active ou à l'armée territoriale. Ils ne reçoivent pas de lettre de nomination.

Les docteurs en médecine et les pharmaciens de 1re classe qui voudraient être nommés au grade de médecin ou de pharmacien aide-major de 2e classe de réserve ou de l'armée territoriale, selon leur âge, devront adresser leur demande au général commandant le corps d'armée auquel ils appartiennent.

La demande accompagne le dossier suivant :

1° Extrait de l'acte de naissance légalisé ;

2° Etat signalétique et des services (délivré au candidat par le bureau de recrutement) ;

3° Extrait du casier judiciaire ;

4° Copie du certificat d'aptitude ;

5° Copie du diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe.

Le dossier est annoté par le commandant et le directeur du service de santé. Il est transmis au Ministre qui nomme le candidat au moment où des vacances se produisent dans les cadres de santé.

Ces candidats, en cas d'appel de leur classe (en temps de paix), sont dispensés sur la production d'un certificat constatant leur instance régulière de proposition au grade d'aide-major de 2e classe.

Ils seront rappelés lorsqu'ils seront en possession de leur grade.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de Douai.

23 *mai* 1893.

Présents : M. Sockeel, *Président*, Pollet, *secrétaire*, Caffeau, Dransart (de Somain), Houriez, Duflos, Legrain, Théry, Dubrulle, Wigniolle, Faucheux, Drucke, Frey, Vandamme, Baude, Martin, Défossez, Buisson.

Excusé : M. Deltombe.

Livre noir.

Est établie d'une façon définitive, la liste des clients mauvais payeurs conformément aux propositions formulées par les médecins intéressés. Tout moyen de conciliation ayant été épuisé, l'Assemblée ordonne l'impression de ladite liste qui sera envoyée à chaque médecin syndiqué ; ceux-ci devront refuser leurs soins aux clients qui y sont portés, jusqu'à ce que preuve soit faite du paiement.

M. *Buisson* fait observer que l'application de cette mesure sera difficile en ce qui concerne la consultation dans le cabinet. Il arrive en effet que, le plus souvent, le médecin ne connaît pas le client qui vient le consulter, et qu'il ne songe pas et ne peut pas lui demander son nom. Sur cette observation, dont elle reconnaît le bien fondé, l'Assemblée décide de ne pas étendre l'interdiction à la consultation, sauf pour le cas où le médecin connaîtrait le client.

Droit successoral sur la clientèle médicale.

Le secrétaire expose qu'un des membres du Syndicat qui a eu le malheur de perdre sa femme, s'est vu mis en demeure par l'enregistrement d'avoir à payer un droit de succession sur sa clientèle médicale. Comme cette imposition choque le bon sens et a paru inique au bureau, ce dernier a cru devoir saisir de la question le Conseil judiciaire de l'Union. Il attend la solution de cette question d'intérêt général, et communiquera la réponse au Syndicat.

M. *Buisson* demande que l'Assemblée autorise le Bureau, dans le cas où l'Union demanderait une délibération du Syndicat, si l'affaire devait être suivie, à émettre cette délibération sans avoir à réunir l'Assemblée. Cette autorisation est accordée.

Questions à traiter.

M. *Buisson* demande la mise à l'ordre du jour de la question suivante : *Le médecin traitant doit-il, oui ou non, délivrer le certificat demandé par les Compagnies d'assurances sur la vie, à l'effet d'établir la nature de la maladie ayant occasionné la mort ?*

M. *Baude* demande également la mise à l'ordre du jour de la question suivante :

Le médecin traitant doit-il refuser le certificat dit confidentiel demandé par les Compagnies d'assurances-vie lorsqu'un client doit contracter une assurance-vie ? Dans le cas d'affirmative, quel prix doit être demandé pour ledit certificat ?

Relations avec les compagnies d'assurances.

Le secrétaire expose qu'une question intéressante doit être tranchée par l'Assemblée. Cette question est relative au remplacement d'un de nos confrères comme médecin d'une compagnie d'assurances, *La Prévoyance*. Ce remplacement ayant eu pour cause l'application d'une mesure édictée par le Syndicat, notre bureau a chargé notre vice-président de voir le successeur de notre confrère et de le mettre au courant de la situation. Ce dernier, médecin syndiqué, a déclaré s'en rapporter à la décision du syndicat.

Un industriel de Somain, se basant sur ce que le médecin d'assurances doit donner ses soins à la première visite, exige que celui-ci se transporte *d'urgence* auprès des blessés *dès la production de l'accident*, afin de *leur donner les soins que nécessite leur état*. Notre confrère, comme l'a décidé le syndicat dans sa séance du 24 mars 1892, a refusé cette obligation, et s'est vu de ce fait retirer son mandat.

Le Bureau propose donc la motion suivante :

1° Inviter notre confrère à ne pas accepter la succession dans de semblables conditions ;

2° Formuler pour nos confrères syndiqués l'obligation de ne pas accepter pour le prix de six francs de se rendre d'urgence auprès du blessé, et de faire valoir que rien ne presse de constater l'accident à la minute précise formulée par l'industriel qui, en agissant ainsi, n'a pour but que d'obtenir les soins médicaux ;

3° Écrire à la compagnie La Prévoyance, pour l'informer de la décision prise.

Ces propositions ayant été adoptées à l'unanimité, la lettre suivante a été adressée au directeur de la Compagnie *La Prévoyance* :

Monsieur,

Le Syndicat médical de l'arrondissement de Douai, dans sa dernière assemblée générale, après avoir reçu communication de votre correspondance avec MM. Martin et Druské, et de la lettre de M. Piot, a décidé qu'il y avait lieu de vous rappeler l'article de son règlement concernant les constatations de blessures aux ouvriers assurés à une Compagnie.

Le prix des deux certificats est de six francs ; ce prix ne concerne que la constatation de la gravité des blessures et de la durée de l'incapacité de travail *sans aucun traitement médical ou chirurgical.* Il n'y a donc aucun avantage à ce que la visite soit faite *d'urgence.* Il est même souvent préférable qu'elle n'ait lieu qu'un jour ou deux après l'accident. Ce n'est qu'alors en effet que le médecin pourra en apprécier toute la gravité.

Nous vous prions de vouloir bien nous faire connaître la décision de votre Compagnie.

Veuillez agréer, etc.

Le banquet est fixé au 28 mai.

Le secrétaire,

Dr A. POLLET.

Syndicat médical de Brive.

BUREAU

Président : Dr Peyrat, *à Brive.*
Vice-Président : Dr Billière, *à Cazillac.*
Secrétaire-Trésorier : Dr Prioleau, *à Brive.*

MEMBRES

Drs Bardon, Bergougnoux, Lachaud, Peyrat, Prioleau, Thiroux du Plessis, Verlhac, *à Brive.* — Dufour, Grillière, *à Altassac* (Corrèze). — Labrousse, Blanc-Champagnac, *à Agen* (Corrèze). — Chicou, *à Donzenac* (Corrèze). — Lajugié, *à Juillac* (Corrèze). — Bussy, Debord, *à Lubersac* (Corrèze). — D'Arligny, *à Noaillac* (Corrèze). — Dumont, Girodolle, *à Objat* (Corrèze). — Lafon, *à Saint-Cernin-de-l'Arche* (Corrèze). — Beyne, *à Vigeois* (Corrèze). — Billiaire, *à Cazillac, par les Quatre-Routes* (Lot). — Durieux, *à Martel* (Lot). — Guary, *à Quatre-Routes* (Lot).

Le Syndicat de Brive a donné son adhésion régulière à l'Union des Syndicats.

REPORTAGE MÉDICAL

Le matériel du service de santé en campagne. — Nous avons exposé récemment les critiques faites dans le *Progrès médical* par le Dr Freeman à l'organisation du service de santé militaire. Une réponse a été publiée dans les *Archives de médecine militaire* par le Dr Schneider, médecin-major attaché à la 7e direction.

Il est dit dans ce document que tous les approvisionnements sont actuellement constitués, et que tous les régiments sont pourvus du nouveau matériel depuis plusieurs mois déjà. Quant aux formations sanitaires, les nomenclatures des ambulances n° 1, celles des hôpitaux de campagne et d'évacuation, celles des approvisionnements de réserve de pansements, ainsi que celles des trains sanitaires ont été approuvées par le ministre à la date du 5 décembre 1892. Le matériel de ces formations sanitaires est réuni dans les magasins centraux et le travail de répartition est commencé.

Relativement à ce travail de répartition, le Dr Noël, dans le *Bulletin Médical* fait observer que

cette opération serait rapidement conduite dans l'industrie, mais qu'il n'en sera pas de même probablement pour le service de santé ; parce que les officiers d'administration gestionnairesprocèderont avec une lenteur prudente, en raison de leur responsabilité.

En réponse à l'accusation que le nouveau matériel de pansement au sublimé n'était ni antiseptique, ni aseptique, le Dr Schneider donne un tableau des analyses faites à la Pharmacie centrale, et un second tableau des analyses faites au laboratoire du Val-de-Grâce. Dans le 1er tableau, le sublimé extrait par l'eau distillée chaude est en minime proportion, 0 gr. 07 au lieu de 1 gr. ; extrait par l'eau chaude avec addition de chlorure d'ammonium, cette quantité s'élève à 0 gr. 9. Le Dr Freeman répond à cela que cette différence ne peut s'expliquer que par une reconstitution du sublimé dans ce dernier cas, sous l'influence du chlorure, mais que les plaies n'ont pas à leur disposition les réactifs du laboratoire. De plus l'âge des échantillons n'est pas indiqué.

Le tableau fait au Val-de-Grâce sur l'asepsie et l'antisepsie du matériel de pansement conclut que les pansements sublimés sont complètement aseptiques, sauf la ouate de tourbe. Mais les expériences n'ont pas été faites sur des échantillons pris au hasard, et les échantillons ont été confectionnés, dit le Dr Freeman, tout exprès pour servir aux expériences : cela leur enlève toute valeur. De plus, le Dr Schneider avoue que, d'après le travail de M. Billet, aucun objet de pansement ne serait antiseptique.

Il semble donc, en résumé, que les affirmations du Dr Freeman ne sont que fort peu touchées par cette réponse.

— *Un médecin centenaire.* — Il y a quelques jours le corps médical du Havre a célébré dans un banquet les cent ans du Dr Bossy, et lui a offert une médaille commémorative. Ce dernier a rappelé que son père était mort à 108 ans, et a donné l'assurance qu'il ferait son possible pour soigner longtemps encore l'humanité souffrante. Pendant la dernière épidémie cholérique, le Dr Bossy s'est distingué et a reçu une médaille d'honneur.

— *Congrès français de chirurgie.* — La prochaine session aura lieu le troisième lundi d'octobre 1894, sous la présidence de M. Tillaux. M. Alph. Guérin a été nommé vice-président, et M. Berger, membre du comité.

Les questions mises à l'ordre du jour sont : Etiologie et pathogénie du cancer. Chirurgie du rachis.

— *Victime du Devoir.* — Un étudiant en médecine, externe dans le service de M. Bucquoy, M. Lallemant, a succombé victime du typhus qu'il avait contracté en soignant des malades du service.

L'administration a encouru une certaine responsabilité à son sujet. Soigné dès le début de la maladie dans une chambre à part où l'isolement était pratiqué, on l'a, au bout de huit jours, fait transporter au service d'isolement, malgré les supplications de ses camarades et de ses amis, et sans avertir le chef de service. Il y a là un acte d'inhumanité inexcusable.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'informer nos lecteurs du décès de M. le Dr *Gallet-Lagoguey*, fondateur et Président de l'œuvre d'indemnité de maladie, dénommée *Association médicale mutuelle de la Seine*. Notre confrère avait eu le grand mérite de consacrer ses efforts persévérants à une organisation digne des plus grands éloges. Les critiques que nous lui avons adressées n'ont jamais porté que sur des points discutables, et non sur l'esprit généreux qui a inspiré cette fondation. M. Lagoguey aura de dignes continuateurs et si l'œuvre devait se modifier, elle ne périra pas ; elle trouvera dans les améliorations à y apporter de nouveaux éléments de vitalité.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. Hosteing, de Pauillac (Gironde) et Mouronval, d'Avesnes (Nord), membres du Concours médical.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ECOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

Viennent de paraître :

Guide pratique pour le traitement des Névroses, par le Dr Emile Laurent, un volume in-18 raisin de la *Petite Encyclopédie médicale*, cartonné à l'anglaise, fer spécial. **Prix**, *franco* contre mandat adressé à M. le *Directeur de la Société d'éditions scientifiques*. **3** fr.

Ce petit volume, d'où sont bannies toutes les discussions d'écoles ou de boutiques, est un résumé essentiellement pratique de la méthode à suivre dans le traitement des névroses et des nerveux. L'auteur, qui a une grande expérience de ces maladies, a simplement voulu faire connaître aux praticiens quelles sont les médications qu'on a employées et celles qui ont donné le plus de succès.

L'inoculation préventive contre le choléra morbus asiatique, par le Dr J. Ferran, directeur du laboratoire microbiologique municipal de Barcelone. — Traduit par le Dr Duhourcau (de Cauterets).

Les travaux récents des médecins russes, MM. Mestchnikoff et Gamaléïa, présentés par M. Pasteur à l'Académie des sciences de Paris, donnent une actualité nouvelle à l'ouvrage du Dr J. Ferran.

Afin d'éclairer le public médical et scientifique sur ce que fut son œuvre, pour rétablir les faits dans leur exactitude, pour répondre aux objections et critiques qui lui furent adressées, le Dr J. Ferran a jugé utile de publier une édition française de son livre. Et pour le mettre à la hauteur de la science actuelle, il l'a revu et notablement augmenté de notes précieuses et de documents inédits.

La traduction en a été faite par un de nos hydrologues pyrénéens, qui connaît à fond l'Espagne, et qui eut le mérite de signaler, le premier, les travaux du Dr J. Ferran dans la presse médicale française.

Au moment où le choléra semble prendre pied définitivement en Europe et se présente de nouveau dans notre pays, la lecture de cet ouvrage sera des plus instructives. En même temps qu'il constitue une page curieuse de l'histoire médicale contemporaine, il étudie une question des plus graves au double point de vue de l'hygiène et des relations internationales, et il en présente une solution nouvelle qui a bien sa valeur et son intérêt.

Un volume illustré de 400 pages. Prix : 7 fr. 50. — Envoi franco contre un mandat de 7 fr. 50, adressé à M. le Directeur de la Société d'éditions scientifiques.

Net **6** fr. pour MM. les membres du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André

Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Assemblée générale de l'Association des Médecins de France.

Dans le nº 15, M. le Dr Gassot a fait part, à nos lecteurs, de ses impressions ; avec une très grande vigueur, il s'est plaint de l'esprit de stagnation, qui, pour les grandes, comme pour les petites questions, règne au Conseil général de l'Association et, par répercussion, dans les Sociétés locales. Notre collaborateur aime le progrès ; il est toujours à la recherche des moyens d'améliorer le sort du praticien ; aucune loi médicale, aucune question professionnelle n'ont été examinées, dans nos colonnes, depuis la fondation du *Concours*, sans que notre laborieux confrère ait pris la plus grande part aux travaux que nous avons publiés. Son ardeur pour le bien s'indigne des obstacles ; elle s'indigne aussi des dénis de justice et il revendique hautement, pour notre Société du *Concours médical*, le mérite de toutes les œuvres qu'elle a imaginées et menées au succès. Il ne veut pas admettre qu'on puisse en parler, sans dire à qui en appartient la paternité ; il blâme ceux qui s'efforcent de trouver aux œuvres du Concours des parrains étonnés eux-mêmes de ce titre. Il devrait être un peu plus philosophe ; le bien accompli n'a pas grand besoin de la recherche de la paternité ; tôt ou tard, on sait d'où il provient et on n'en impose qu'à ceux qui sont indifférents à tout.

Parlons encore de l'*Association générale*, de notre puissante et riche Société de Secours mutuels. Malgré son infime cotisation de 12 fr., elle a pu, grâce à ses 33 années de durée, grâce aux dons qu'elle a recueillis dans cette longue période, arriver aujourd'hui à posséder une fortune de 1.651.896 fr., et, en outre, les Sociétés locales ont, dans leurs caisses respectives, 1.070.500 fr., soit au total bien près de trois millions. Aucune Société de secours mutuels n'est aussi riche. Son avoir représente un capital de 365 fr. pour chacun de ses huit mille sociétaires. En outre dans le cours de 33 années, les Sociétés locales ont dépensé de 40 à 50 mille francs par an, en secours, pensions, actes de bienfaisance confraternelle.

Le gros capital de la *Caisse centrale* est dirigé par le vénérable docteur *Brun*, qui rend compte de la gestion au Conseil général et se trouve en outre le dispensateur des bienfaits de cette caisse centrale.

C'est une bien grosse tâche et il serait sûrement temps d'adjoindre à M. le trésorier, un agent comptable, rétribué sur les fonds généraux, qui, sous sa direction, le soulagerait de ce labeur de tant d'années. On pourrait alors, sans difficulté, soumettre, non seulement au Conseil général, mais encore à l'Assemblée générale annuelle, un compte détaillé des recettes et dépenses, ainsi que cela se pratique dans toutes les Sociétés de secours mutuels ; travail qu'on ne pourrait décemment demander au trésorier actuel, qui a prodigué, à l'Association générale, ses forces et ses bienfaits et procuré à l'œuvre les dons de tant de généreux bienfaiteurs.

La prospérité de l'Association générale, dont le capital s'est accru, cette année, de 86.000 fr. lui permettait d'aborder, avec espoir de solution favorable, les questions à l'ordre du jour et avec un nouveau président, nous nous attendions à une Assemblée générale mémorable.

Il n'en a rien été : M. Lannelongue a caractérisé notre déception par les paroles suivantes : « *Un certain nombre de membres de l'Association générale, poursuivant un but on ne peut plus louable, pensaient, depuis longtemps, que l'heure avait sonné, de lui donner une orientation plus en harmonie avec des mœurs nouvelles ; la majorité des*

Sociétés locales a répondu qu'elle désirait rester dans sa méthode traditionnelle. »

Voilà donc le président prisonnier des traditions. Il ne peut se défendre, en s'inclinant devant les résultats du vote, de pousser un cri de regret en renonçant à l'*indemnité assistance*, à laquelle il avait consacré un don de *six mille francs*, qu'il reporte, à contre cœur, aux pensions de retraite. C'est un échec, car l'*indemnité assistance* était l'acheminement assuré à l'*indemnité de droit* ; nous l'avons démontré jusqu'à l'évidence.

Le Président ajoute : « *A l'époque où l'on voit se multiplier les associations de toutes sortes, où la loi pousse à la résurrection des corporations, en leur assurant des droits comparables à leurs anciens privilèges, n'avons-nous pas le devoir d'augmenter les leviers de notre puissance, en cherchant des moyens de protection et de défense qui seront de plus en plus nécessaires.* »

M. *Lannelongue* termine en exprimant le désir que l'Association reprenne la question un jour ou l'autre et lui donne une meilleure solution.

Il a été exaucé et, grâce à M. Lande, la question indemnité de maladie a été maintenue, le lundi, à l'ordre du jour ; il a semblé résulter de la discussion, si nous l'avons bien comprise, que, quels que soient les organisateurs définitifs de l'œuvre, le Président et le Conseil général leur accorderont non seulement leur sympathie, mais aussi leur appui et leur patronage.

Nous ne voulons pas récriminer. Les œuvres du Concours médical sont sûrement celles dont parlait Monsieur le Président : c'est nous qui par la création des Syndicats médicaux, par celle de la Société du Concours, par la Caisse des pensions de retraite des médecins français, par celle de la Société de protection des victimes du devoir, etc., etc..., avons depuis quatorze années, *multiplié les associations médicales de tout genre, pour nous protéger et nous défendre.*

Ce haut témoignage d'approbation nous suffit pour le moment. Nous sommes en campagne pour l'œuvre d'indemnité et nous répéterons, encore une fois, que nous tenons au patronage de l'Association. Nous sommes assurés de celui de tous les syndicats ; mais il ne peut nous suffire. Nous devons nous rappeler que les membres du Concours sont, pour la plupart, membres de l'Association générale et que, par conséquent, son perfectionnement nous est cher.

L'Assemblée générale de 1893 a été bien pâle ; les vœux émis par les Sociétés locales ont eu le sort habituel ; nous croyons qu'elles n'en ont pas émis et n'en émettront plus guère à l'avenir, et alors à quoi serviront la bonne volonté, l'esprit progressif et la haute influence du Président !

Les Sociétés locales, M. Lannelongue ne peut l'ignorer, sont dans une profonde stagnation ; quand un Président a prononcé l'éloge funèbre des collègues décédés ; qu'il a proposé le soulagement de quelques misères locales, à quoi consacrerait-il la séance ? Si une question à traiter, se traduit par un vœu, celui-ci est soumis au formalisme d'une procédure surannée, dictée par la méfiance, la crainte des embarras aux assemblées ; et au bout de 2 ou 3 ans, ce vœu arrive enfin en discussion, lorsque déjà, depuis longtemps, les nouvelles Sociétés médicales, les nôtres, les ont étudiées et la plupart du temps résolues.

Ce vide des séances des Sociétés locales ne serait-il pas convenablement rempli par l'œuvre d'indemnité de droit, dont les sujets se seraient présentés fréquemment, mais sans amener aucune de ces complications que des esprits chagrins ont fait ressortir, faute de connaître suffisamment les Sociétés locales.

Quand on vient dire à ceux qui, comme nous, ont présidé ces Sociétés : « Mais les difficultés d'administration d'une caisse centrale seront énormes, quelle responsabilité ! Et la visite médicale pour l'admission ! et l'âge d'admission que la Société mutuelle de la Seine est obligée d'abaisser à 40 ans, et les fraudes, etc., etc... », on montre bien qu'on ne veut voir que les difficultés et qu'on ne saisit nullement les avantages.

Il faut être, ajoute-t-on, des financiers pour fonder une Société financière ! C'est avec des arguments de ce genre, si propres à effrayer les indécis, qu'on en arrive aux plébiscites négatifs.

Mais l'âge ne doit pas entrer en grande ligne de compte pour les *fondateurs* ; la *visite médicale* est à peu près inutile, puisque dans une Société locale *nous nous connaissons tous* : une déclaration de santé, le stage de six mois sans participation, suffiront dans la plupart des cas ; les *fraudes* n'ont aucune raison d'être, la plupart des médecins ayant bénéfice à exercer leur profession et, s'il s'en produisait, on les déjouerait aisément et on serait, de plus, indulgent pour les très rares fraudeurs. En ce qui concerne la fameuse *administration, si difficile*, les cotisations versées à la caisse centrale par les trésoriers de l'association, par ceux des Syndicats, à chaque maladie constatée, la guérison venue, le Président signerait un chèque sur la Caisse centrale et tout serait dit. Voilà les fameuses difficultés.

Ces démonstrations, nous les avons faites et refaites ; M. le rapporteur de l'*indemnité de maladie* semble l'ignorer. Il ne lit pas les publications professionnelles, pas plus que les membres du Conseil général, certainement trop occupés pour pouvoir se permettre ces lectures. Dès lors les rapports enfoncent des portes ouvertes et ils rééditent, à satiété, des objections cent fois réfutées. Alors les Sociétés locales votent par oui ou par non et la question est enterrée.

Si M. le Président Lannelongue avait dirigé les destinées de l'Association générale, on aurait, il y a trois ans, créé l'*indemnité de maladie de droit* pour tout membre de l'Association qui aurait voulu verser 2 ou 4 fr. par mois, pour avoir droit en cas de maladie à une indemnité journalière de 5 ou de 10 fr. et en cas d'infirmité durable, à une indemnité annuelle de 600 ou de 1,200 francs, pendant toute la durée de l'infirmité.

M. Lannelongue a-t-il jamais pu croire sérieusement que, si on avait créé et fait fonctionner cette œuvre dans le sein de l'Association, sans en demander à qui que ce soit l'autorisation, le gouvernement républicain serait jamais venu lui dire : Halte-là, comment, médecins, vous mettez, dans une caisse, volontairement, quelques sous, pour les distribuer à

ceux qui seront malades dans le cours de leur rude carrière. Nous vous défendons, à vous médecins, ces secours en cas de maladie, que pratiquent toutes les Sociétés de secours mutuels ! M. le Président sait bien que le ministre, responsable d'une pareille défense, est encore à trouver et que le ridicule tue en France comme ailleurs.

Mais, avant M. Lannelongue, on avait l'habitude, lorsqu'il se présentait une question à résoudre, de s'adresser au *Conseil judiciaire*, et le Conseil judiciaire trouvait le moyen de se faire répondre, par un ministre, la fameuse formule : Tous ou pas un. Il est vrai aussi qu'en Province, un autre Conseil judiciaire, prouvait qu'aucune loi n'empêchait la cotisation variable, parmi les mutuellistes et en citait des exemples.

Le nouveau Président est donc à la tête d'une œuvre de conservation à outrance, de traditions puissantes. Elle a fait beaucoup de bien, tout le bien que lui permettent ses statuts. Elle a une seule ressource : *modifier ses statuts*. Heureusement que la législation qui régit les Sociétés de secours est sur le point d'être réformée. S'il en était ainsi, il pourrait se faire que l'année 1894 fut, pour l'Association générale, une année d'évolution, de révolution bienfaisante. Nous faisons des vœux dans ce sens et nous espérons qu'à ce moment on renoncera au Formalisme, pour entrer franchement dans le mouvement en avant que le Concours médical a inauguré.

Nous ne voulons pas, pour le moment, discuter la proposition de M. *Brun* qui voue *une nouvelle génération d'hommes à la tâche, de porter à 1,000 fr. les* 93 *pensions de 600 fr.* créées par la génération qui date de 1860.

Nous reproduirons, à son intention, la proposition que nous avons faite, *en 1888*, à l'Assemblée générale des membres du Concours médical. « L'Association générale, dans le but de porter plus rapidement à 1,000 fr. les pensions viagères d'assistance, qui immobilisent des capitaux de plus en plus énormes, créera, outre ces *pensions de capital* immobilisé, des *pensions prises sur ses revenus*. Elle est certaine, après une existence de 33 années, de pouvoir servir ces pensions, puisque ses revenus sont absolument certains ; dès lors rien ne s'oppose à ce que, chaque année, les pensions rendues vacantes par le décès des titulaires et les nouvelles pensions à créer, soient portées de 600 à 1000 fr. » Nous proposions aussi, à cette époque, la création de la *Caisse des pensions des veuves et orphelins* des membres de l'Association. Nous y reviendrons.

Nous aurions à faire bien des réflexions sur le compte rendu du *Secrétaire général* de l'Association. Mais M. Lereboullet vient d'être nommé, à notre grande satisfaction, titulaire de cette fonction essentielle ; son règne commence seulement. Notre distingué confrère est à peu près le seul qui, en diverses circonstances et nous sommes incapables de l'oublier, ait rendu justice à quelques-unes des œuvres du Concours médical. Il était alors seulement journaliste ; maintenant qu'il est revêtu d'un caractère officiel, nous avons la certitude qu'il saura, encore plus que par le passé, faire l'équitable répartition de ses éloges et de ses blâmes.

Jusqu'à ce jour il n'avait d'autre responsabilité que celle de tout homme de droiture ; pour l'avenir, nous retenons sa péroraison : « Le Conseil général tient à affirmer qu'il ne saurait considérer que comme ses alliées, les *associations professionnelles* qui se recrutent parmi les médecins dévoués aux intérêts que nous avons à cœur de défendre » ; il nomme alors les syndicats professionnels et comme ils ont été à peu près tous créés par le *Concours médical*, l'année prochaine il nommera notre Société, car il ajoute : « Nous tenons à ce que l'union et la concorde président toujours à nos relations et que, d'un bout de la France à l'autre, nous nous aidions de toutes les énergies de la solidarité. L'Association fait donc appel à tous les Concours ; elle promet en même temps son appui à tous. Elle ne demande qu'à progresser ; en acceptant tous les perfectionnements réalisables, en gardant intacts les principes et les sentiments auxquels elle doit prospérité et autorité. »

Voilà un beau programme, M. Lereboullet ! A 1894, le commencement d'exécution.

A. Cézilly,
Président de l'Association de l'Oise.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'influenza de 1893.

Le bulletin de la statistique municipale de Paris nous apprend que depuis le mois de mars, c'est-à-dire depuis l'apparition de cette température estivale, qui désole la plupart des cultivateurs, la mortalité a considérablement augmenté à Paris, et que, chose curieuse, ce sont les affections de l'appareil respiratoire, auxquelles nous devons cette recrudescence de décès.

On a compté, pendant la 15e semaine, 1,622 décès au lieu de 1,436 pendant la semaine précédente, et au lieu de 1,094, moyenne ordinaire des semaines d'Avril. Cette mortalité élevée est due à la *Grippe* et à ses diverses manifestations. Cependant les décès attribués à cette maladie (ou à ses synonymes « Influenza », « Pneumonie grippale », etc.) ne sont qu'au nombre de 56.

Une grande partie des décès sont attribués à la « Bronchite » et surtout à la « Pneumonie » et à la « Congestion pulmonaire ». Cet accroissement des décès par maladie de l'appareil respiratoire est d'autant plus remarquable que les mois de Mars et d'Avril ont été cette année exceptionnellement chauds et secs. Le baromètre (de même que pendant l'épidémie de Grippe de Décembre 1889 — Janvier 1890) s'est maintenu presque constamment très élevé depuis le 18 Mars.

L'aggravation de la mortalité pèse presque exclusivement sur les adultes et sur les vieillards ; elle atteint à peine les enfants.

L'épidémie frappe à peu près également les deux sexes (798 hommes et 824 femmes).

Le nombre des décès par Bronchite aiguë s'est élevé à 54 (au lieu de la moyenne 31) ; par Bronchite chronique, à 52 (au lieu de la moyenne 43) ; par Broncho-pneumonie, à 109 (au lieu de la moyenne 37). Enfin le nombre des décès par

Pneumonie a atteint le chiffre considérable de 217 (au lieu de la moyenne 67). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont causé 116 décès (au lieu de la moyenne 53) dont 92 sont attribués à la Congestion pulmonaire.

En fait, cette nouvelle épidémie de grippe est donc assez grave et elle semble avoir débuté dès le mois de Février, époque à laquelle nous en avons observé des cas isolés. La contagiosité ne nous paraît pas douteuse, surtout pour les personnes couchant ensemble ou occupant la même chambre. Les caractères cliniques sont toujours les mêmes ; céphalalgie intense, coryza, laryngite avec toux rauque pénible, puis rachialgie, courbature, lassitude générale dans les membres, incapacité complète de travail, enfin toux quinteuse, presque coqueluchoïde, accompagnée de nombreuses expuitions salivaires, persistance désespérante de ces symptômes pendant dix ou quinze jours. Tels sont les cas légers. Chez les vieux bronchitiques et chez quelques personnes antérieurement bien portantes, on voit apparaître des phénomènes graves de bronchite généralisée, de broncho-pneumonie, de pneumonie même. Les conditions de vie et de situation sociale des malades n'influent en rien sur l'apparition ou la non apparition de la grippe ; les riches comme les pauvres sont cruellement frappés.

Quel traitement devons-nous opposer à cette recrudescence de grippe, si funeste à tout le monde ? Nous l'avons dit, dans notre article sur la « médication de la fièvre », la quinine et l'antipyrine semblent être les deux meilleurs moyens à employer comme antithermiques et antipyrétiques ; les toniques à haute dose, les purgatifs répétés, les expectorants comme le Kermès sont les médicaments les plus fidèles et en même temps les plus rationnels.

Le typhus exanthématique.

Une autre épidémie, qui est heureusement plus limitée et qui est fort rare dans nos régions, sévit, elle aussi, à Paris et à Lille dans les prisons ; c'est le *typhus exanthématique*, cette sorte de rougeole avec phénomènes typhoïdes, qui naît généralement d'un grand encombrement de gens débilités par les excès. La maladie s'est propagée et a déjà frappé même dans les rangs du personnel médical des hôpitaux. Un jeune externe, M. Lallemand, du service du Dr Bucquoy à l'Hôtel-Dieu, a succombé à cette maladie, contractée au chevet des malades. Le typhus paraît avoir débuté à Lille, vers la fin de janvier ; c'est de là qu'il est venu s'abattre sur le Dépôt de la Préfecture de Police de Paris. Dans les hôpitaux, M. Comby, M. Roger, M. Thibierge, M. Bourcy, ont fait d'importantes remarques sur les cas de typhus qu'ils ont eus à soigner.

Les principaux symptômes ont été les suivants : début brusque, haute élévation thermique ; injections de la face et des conjonctives ; absence de signes abdominaux ; constipation ; éruption précoce très confluente à tendance hémorrhagique ; période nerveuse aboutissant dans un cas à un coma rapidement mortel, et dans l'autre à une dépression thermique, semblant en discordance avec la persistance du mauvais état général, mais terminée par une guérison sans convalescence ; enfin, surtout, renseignements négatifs de l'autopsie et des recherches bactériologiques.

M. *Rendu* a observé trois cas à l'hôpital Necker, mais il n'a suivi qu'un seul malade jusqu'à sa mort ; les deux autres ont été envoyés à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Thibierge.

Chez le premier, du sang pris pendant la vie et ensemencé sur différents milieux de culture, ne donna rien ; le résultat fut négatif aussi avec du sang pris après la mort dans le ventricule droit et avec de la pulpe de rate. Le bacille typhique n'existait pas dans cet organe.

M. *Huchard* a observé un cas qui fut diagnostiqué d'abord fièvre typhoïde anormale ou grippe infectieuse ; il y eut une éruption de taches confluentes. Il s'agissait d'un cas de typhus exanthématique. L'autopsie ne révéla aucune lésion intestinale.

Ce malade avait passé par le Dépôt.

Le Congrès français de chirurgie de 189[…]

Nous signalerons encore deux ou trois communications fort intéressantes du Congrès de chirurgie, nous réservant de résumer dans un prochain article, la grande discussion sur les fibromes et leur traitement.

M. *Courtin*, de Bordeaux, rapporte une observation curieuse de guérison de péritonite tuberculeuse par la laparotomie chez une femme [de] 47 ans, mère de 8 enfants ; son ventre, devenu très volumineux, donnait la sensation nette d'ascite. Par une ponction, M. Courtin retira 15 litres d'u[n] liquide sanguinolent. Le liquide s'étant rep[ro]duit un mois et demi après la ponction, laparotomie le 9 décembre 1892, le péritoine viscér[al] et pariétal est épaissi, le rebord du foie, de la rate sont recouverts de petits corps durs donnant la sensation de grains de semoule. Toilette du péritoine : attouchement avec des éponges imprégnées d'eau phéniquée forte, ablation de l'ovaire gauche qui était de la grosseur d'u[n] poing d'adulte et qui était polykystique. La guérison est permanente et paraît définitive.

— D'après M. *Lavaux*, lorsqu'on fait l'examen bactériologique de l'urine chez les malades atteints de cystite tuberculeuse, il n'est po[int] rare d'y rencontrer, en même temps que le ba[cille] de la tuberculose, divers autres microbes, s[ur]tout la bactérie urinaire, le « bacterium c[oli] commune ».

Le traitement de ces infections vésicales seco[n]daires, qui jouent un rôle important dans [la] marche de la cystite tuberculeuse, est as[sez] délicat. Le sublimé ne doit pas être employ[é] pour combattre ces infections. Le nitrate d'[ar]gent, au contraire, donne de bons résultats, [à] condition de n'employer que de faibles dos[es] (1/1000, 1,50/1000), d'injecter les solutions da[ns] la vessie sans sonde, de faire préalablement l'anesthésie directe de la muqueuse uréthr[o-]vésicale, de ne pas recourir d'emblée à ces solu[]tions et de ne les employer que tous les de[ux] ou trois jours.

Si l'infection secondaire a envahi les voi[es] urinaires supérieures, il faut recourir à la fo[is] au traitement interne et au traitement local.

Les résultats ont toujours été excellents.

— Pour M. *Monod*, dans l'occlusion intestinale aiguë, il faut agir vite. Une femme atteinte d'o[c]clusion aiguë fut traitée par les lavements élect[]

triques et guérit. Un jeune homme avait subi anciennement une cure de hernie. Dans ce cas-là, M. Monod fit donner des lavements électriques. La guérison fut obtenue.

Un jeune homme présentait des signes d'occlusion aiguë. Les lavements électriques échouèrent. La laparotomie fit trouver une bride aux environs du cæcum et le malade guérit.

Un homme de 52 ans, ayant maigri, avait eu des alternatives de diarrhée et de constipation. Le lavement électrique ne donne aucun résultat. Il pensa qu'il y avait une obstruction au niveau de l'intestin grêle. La laparotomie fit tomber sur une bride située tout près du cæcum.

Une jeune fille de 17 ans est prise d'accidents d'occlusion. M. Monod pratique la laparotomie. Il y avait un météorisme considérable. Il trouva un volvulus. La mort s'ensuivit rapidement.

Il faut agir vite, dès qu'il y a des accidents aigus, comme on le fait dans les cas de hernie étranglée.

Si l'électricité ne réussit pas, il faut donner un seul purgatif. En cas d'échec, il faut opérer.

L'éclampsie n'est pas de nature microbienne.

La tendance actuelle est de tout ramener aux microbes ; c'est ce qui a entraîné un certain nombre d'auteurs à la suite de M. Doléris, à attribuer l'éclampsie puerpérale à l'intervention d'un microbe spécial.

On en revient beaucoup, croyons-nous, et, récemment, à la Société obstétricale de France, M. *Chambrelent*, de Bordeaux, est venu apporter contre la théorie microbienne, un certain nombre de faits d'une réelle valeur.

Doléris avait décrit un microbe pathogène dans l'urine éclamptique, mais l'année dernière, il a reconnu lui-même que les microbes recueillis dans l'urine ne prouvent absolument rien.

Les dernières recherches de M. Blanc aboutissent à 5 observations dans lesquelles il découvrit les microbes vivant dans le sang. Il n'a ensemencé le sang que d'une seule femme et encore sur un seul milieu.

Chez une femme du service de M. Moussous, l'auteur, avec M. Sabrazès, ensemença le sang du doigt sur divers milieux ; il ne germa que sur le bouillon et sur l'agar. Mais les tubes de bouillon non ensemencés et portés à l'étuve donnèrent lieu au développement du même microbe évidemment banal.

Combemale et Buot ont ensemencé le sang de 4 femmes éclamptiques, dont 3 *post-partum* et une en travail. Ces ensemencements furent fertiles et donnèrent du streptocoque doré. Il est probable que ces malades étaient en même temps infectées ; ce travail n'est donc pas absolument concluant.

M. Hergott a publié, l'an dernier, un travail sur le même sujet qu'il a poursuivi depuis lors. Sur 9 observations faites à la maternité de Nancy, en collaboration avec M. Haushalter, l'ensemencement fut négatif.

Récemment en Allemagne, Egler a fait une série d'ensemencements sur 6 cas, et tous se montrèrent stériles.

M. Chambrelent ajoute à ces faits 3 observations personnelles. Le sang du sujet fut ensemencé dans un nombre considérable de tubes. Dans une observation tous les tubes restèrent stériles. Dans une deuxième expérience, sur 12 tubes, 2 se troublèrent : l'un renfermait une bactérie saprophyte, l'autre un diplocoque voisin du streptocoque, qui fut également reconnu comme d'origine banale.

Les observations de Beer publiées dans le *Centralblatt* ont abouti à la découverte d'un bacille qui est sûrement le bacillus coli communis, que l'on trouve toujours dans le sang, 12 heures après la mort.

L'auteur, dans ses recherches de l'an dernier avec M. Tarnier sur la toxicité des urines des éclamptiques, dit que les animaux qui résistaient à une première injection étaient sauvés. Jamais depuis, il n'a plus trouvé de bacille dans les urines des éclamptiques par les ensemencements.

En résumé, l'éclampsie paraît due à un empoisonnement par une toxine. Mais les recherches entreprises jusqu'à présent n'ont pu démontrer la présence d'un bacille pathogène véritable. Les seules bactéries dans les cultures ont été des saprophytes ou le bacillus coli communis qui est bien certainement d'origine cadavérique.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Sur les fonctions régulatrices des sécrétions des glandes dans certaines maladies chroniques.

Leçon du Dr Charles Macalister.

Tout médecin a plus ou moins constamment sous sa direction, un certain nombre de malades atteints d'une affection chronique, qui, en dépit de tout remède, ne montre aucune tendance à l'amélioration, et se termine tôt ou tard par la mort. Dans un hospice pour les incurables, ces infortunés se trouvent en grand nombre, et, par leurs souffrances et leur désespoir, excitent notre sympathie, et nous font désirer ardemment de trouver quelque indication de traitement ou quelque moyen pour les soulager.

Il y a environ un an et demi, je fus frappé, par le cas de deux jeunes femmes mariées, et par les conséquences qui semblèrent suivre la laparotomie avec enlèvement de l'utérus et des ovaires. Quoique en assez bonne santé avant l'opération, elles furent bientôt atteintes d'une ostéo-arthrite à marche progressive, qui, depuis, les a rendues tout à fait infirmes. Je me suis alors demandé, si à l'opération quelque élément nécessaire aux articulations, sans lequel leurs cartilages ne pouvaient exister, n'avait pas été soustrait à leur économie ; et cette considération m'a porté à examiner attentivement les antécédents *de tous les cas d'ostéo-arthrite* dans notre « Hôpital des Incurables ». Eh bien, j'ai trouvé que, presque sans exception, il y avait des *troubles marqués dans la fonction utérine ou ovarienne avant le début* de la maladie des jointures. Mes recherches sur les relations qui semblent exister entre les organes génitaux et les articulations ne sont pas complètes ; mais nous sommes en présence d'un problème dont la solution peut vraisemblablement nous donner

la clef du traitement de certaines maladies jusqu'ici inconnues.

L'ostéo-arthrite est le type d'un certain nombre de maladies dans lesquelles le caractère essentiel est l'atrophie ou la non-formation d'un tissu élémentaire de l'économie. Mais, d'un autre côté, il est un groupe de maladies où les conditions opposées existent ; c'est-à-dire que nous trouvons l'hypertrophie d'un tissu, sans que les autres soient atteints (ou tout au plus secondairement). Ces observations cliniques nous rappellent que, dans l'état normal, il y a un certain rapport entre les divers tissus de l'organisme, et que dans les conditions pathologiques, l'équilibre est rompu. Nous voyons alors que certaines structures sont influencées de manière à être sujettes à l'hypertrophie ou à la dégénérescence ou à l'atrophie. Je suis donc persuadé depuis longtemps qu'il existe certaines influences, probablement d'origine glandulaire, qui ont pour fonction le contrôle de l'accroissement et du développement de certains tissus, et qui, par leur présence, en maintiennent les proportions normales ; et que, si ces influences sont supprimées ou altérées, il y a en conséquence hypertrophie ou atrophie de ces mêmes tissus.

Rappelons d'abord, sous ce rapport, que dans plusieurs de ces conditions pathologiques (ex. la pseudo-leucémie où il y a excès de développement des ganglions lymphatiques ; l'ostéomalacie avec ramollissement des os ; l'hypertrophie musculaire progressive, où nous trouvons un excès de tissu conjonctif dans les muscles) nous pouvons à peu près affirmer qu'elles ne sont pas le résultat d'une affection des nerfs ; ce ne sont pas des tropho-névroses. En conséquence, on peut assez sûrement conclure que les tissus atteints doivent dépendre pour leur nutrition, ou pour leur maintien, lorsque leur développement est complet, ou pour le contrôle de leur accroissement, de quelque chose qui leur est distribué par le sang.

Les matériaux nécessaires au développement et à la nutrition de l'économie tout entière sont dérivés des aliments ingérés, et une augmentation locale de la substance nutritive par excès de distribution du sang a pour effet une hypertrophie locale, cette hypertrophie portant sur tous les tissus ; de sorte que la forme et la structure de la partie atteinte restent les mêmes ; de même une diminution dans la distribution du sang a pour résultat une atrophie locale et uniforme. Mais nous ne connaissons pas d'aliments jusqu'ici, qui pris en grande ou en petite quantité, puissent modifier dans le sens d'hypertrophie ou d'atrophie un tissu quelconque « per se ».

Je suis donc porté à croire qu'il y a certains produits de la sécrétion des glandes qui sont les régulateurs du développement des tissus individuels, et que dans les conditions morbides caractérisées par l'hyperplasie ou l'hypoplasie d'un seul tissu, il y a, ou une absence, ou une altération, de la sécrétion qui règle ce tissu à l'état physiologique.

Dans le sang, considéré comme un tissu, il y a non seulement une nouvelle formation de globules, mais aussi une destruction, et ces deux processus ont leur siège dans certains organes sécréteurs ; selon ma théorie il y aurait un processus analogue de formation et de destruction dans les autres tissus, pour la plupart solides et stationnaires, avec cette différence que la sécrétion régulatrice y est portée par le sang. Et, de même que nous trouvons une affection de la rate et des ganglions lymphatiques associés à l'anémie et à la leucocythémie, de même nous aurions une maladie des glandes dont la sécrétion contrôle le développement des tissus solides, associée à une hypertrophie ou une atrophie de ces mêmes tissus. Si cette théorie est vraie, sa signification clinique doit être de la plus grande importance; car, ayant découvert la sécrétion particulière, qui, par son absence ou son altération, a causé une maladie du genre dont je viens de parler, il est peut-être possible, en administrant cette sécrétion obtenue d'un autre animal, d'arrêter ou de modifier la marche de la maladie.

Me basant sur ces données théoriques, je me suis décidé à faire quelques expériences. La difficulté est, comme on le comprend, le choix des glandes dans chaque cas ; j'ai fait plusieurs essais, et, dans deux maladies, le résultat a été assez satisfaisant pour justifier la publication de cet article.

Hypertrophie musculaire progressive (paralysie pseudo-hypertrophique).

Voilà une maladie qui appartient à la classe que j'ai en vue, car, quoique certains auteurs aient décrit une altération pathologique dans la moelle, il est généralement admis, je crois, que la lésion n'est pas nerveuse, mais qu'il existe simplement une hypertrophie du tissu conjonctif dans les muscles — une cirrhose des muscles — et le microscope nous révèle dans les coupes les éléments fibreux en voie de développement. Il n'est pas nécessaire ici de détailler les symptômes de la maladie; nous connaissons tous la faiblesse musculaire due à l'atrophie du tissu musculaire propre, la marche caractéristique, la lordose, etc. ; mais il y a certains faits sur lesquels je dois attirer l'attention. D'abord le malade est un enfant, et il est très rare de voir la paralysie pseudo-hypertrophique débuter après la 14ᵉ année ; en second lieu (et ceci est très important) plus le malade est jeune, plus la marche de la maladie est rapide; de sorte que si elle commence vers la 6ᵉ ou la 8ᵉ année, le progrès est considérable ; et dans le cas d'un garçon âgé de 18 ans que je soigne depuis quinze mois, et chez qui les premiers symptômes remontent à il y a 4 ans, la maladie est presque stationnaire et ne l'empêche pas de suivre sa vocation ; tandis que chez deux sœurs, atteintes à l'âge de 8 ans, et de 9 ans respectivement, la marche de la maladie a été comparativement rapide.

Cette observation sur la période d'invasion de la maladie me fit penser que peut-être cette condition était due à la cessation prématurée de la sécrétion du thymus, qui, pendant le jeune âge, exerce une influence sur la production du tissu conjonctif des muscles ; je pensai naturellement au thymus, puisque son activité semble être essentielle aux premières années de l'enfance; que son degré d'accroissement jusqu'à la fin de la deuxième année est hors de proportion avec le développement de l'enfant ; et que son fonctionnement semble continuer jusqu'à la septième ou la huitième, ou même la quatorzième année.

Les limites d'âge du début de l'hypertrophie musculaire progressive et de l'activité fonction

nelle du thymus sont donc à peu près les mêmes ; et lorsque la maladie débute à une époque où le thymus est normalement peu actif, son progrès est lent ; tandis que si elle commence lorsque la glande est en pleine activité, l'évolution est rapide et la terminaison par la mort relativement prompte.

J'ai en ce moment à soigner 3 cas d'hypertrophie musculaire progressive. Il s'agit, en premier lieu, d'une fille âgée de 14 ans, qui a été présentée plusieurs fois comme un cas typique de la maladie. La marche devint difficile il y a 5 ans, et lors de son entrée au « Stanley Hospital », il y a deux mois, les symptômes étaient très accentués. Etant couchée sur le dos, il lui était impossible de se lever ; il y avait une lourdeur extrême ; une ligne droite tombant de la 7e vertèbre cervicale se trouvait 5 cm. en dehors de l'os sacré ; elle marchait sur le bout des pieds. Chaque mollet mesurait 11 pouces et demi.

Cette enfant, depuis un mois, prend un thymus par jour (le thymus d'un agneau est broyé et mélangé avec de la gélatine) et le résultat est encourageant. La grosseur des mollets a diminué d'un pouce, quoique la nutrition générale soit préservée ; leur force a augmenté, la lordose est moins prononcée, et la marche est améliorée. Je dois ajouter que ce progrès a été remarqué par plusieurs personnes de son entourage. Quant aux deux autres cas, il n'y a pas assez longtemps que le traitement a été poursuivi pour pouvoir tirer des conclusions.

Pseudo-leucémie (adénie).

Un autre cas qui m'intéresse depuis quelque temps, mais qui a été moins facile à traiter dans le sens que j'ai indiqué, est celui d'un homme âgé de 62 ans et atteint de pseudo-leucémie. Au mois de mai 1891, il eut la grippe, et les symptômes de son affection actuelle datent de cette époque. Peut-être le poison de la grippe est-il capable de produire une altération dans la fonction de certaines glandes, de manière qu'elles cessent d'exercer leur influence sur le développement de certains tissus. En dépit de tout remède, la maladie a fait des progrès. Deux fois il est rentré dans le service du Dr Carter au « Royal Southern Hospital », et il a été soumis au traitement par l'arsenic, le phosphore, le fer, l'injection de glandes, mais on n'a constaté aucune amélioration. Au mois de janvier de cette année, il paraissait près de mourir ; il était excessivement faible ; l'œdème avait envahi les jambes et les bourses ; il y avait de l'épanchement dans les deux plèvres et la cavité péritonéale ; le tissu sous-cutané de l'abdomen et du dos était œdémateux ; les lèvres et les joues cyanosées. Il n'osait se coucher de peur d'étouffer ; les urines étaient rares, les respirations courtes, bruyantes, la voix rauque, et la tête jetée en arrière pour éviter le cornage. Le pouls, 120, était mou et faible ; les veines du cou distendues et flexueuses.

Les ganglions lymphatiques du cou étaient énormes, s'étendant en une masse très dure de l'angle de la mâchoire à la clavicule et au sternum. Au niveau du cartilage cricoïde le cou mesurait 23 pouces (58 c. m.). Les ganglions des aisselles, de l'aine et de l'abdomen étaient volumineux. Le malade n'avait pu se coucher pour dormir depuis deux mois.

Le 3 février le Dr Carter fut appelé en consultation, et son opinion était que la mort serait prochaine. Me fondant sur l'hypothèse qu'il doit y avoir dans tel cas une perte de l'influence antagoniste qui normalement contrôle le développement des ganglions lymphatiques, je me suis posé la question : « Puis-je ajouter au sang de cet homme quelque chose qui lui manque pour arrêter la maladie ou la guérir ? Et, me rappelant que la moelle des os est atteinte dans la pseudo-leucémie, je me décidai à lui donner de la moelle fraîche (mélangée avec de la glycérine et de la gélatine), deux petites cuillerées trois fois par jour. Le traitement fut commencé le 9 février.

Le 12 février les urines devinrent abondantes (2 litres par jour au lieu de 3/4). Et le 17 février le malade allait mieux ; il put se coucher au lit, dormit plusieurs heures ; la tension du pouls augmenta, les battements étaient de 80 ; l'œdème disparaissait ; il se sentait plus fort et pouvait remuer la tête.

Le 19 février le Dr Carter vint le voir et fut fort surpris de l'amélioration ; l'œdème sous-cutané avait disparu, la respiration était plus libre, et il n'y avait pas d'ascite. Le malade se couchait sans difficulté, la voix était forte ; point de cornage. Les ganglions étaient moins durs, et le cou mesurait 53.5 cm. au lieu de 58.

Un mois s'est écoulé et le malade n'est pas retombé dans l'état grave où je l'ai trouvé. Si l'on considère la marche que prenait la maladie, l'amélioration qui a suivi le traitement, je crois que l'on peut justement attribuer le succès au remède ; un arrêt dans le progrès de la maladie a tout au moins eu lieu.

Le succès extraordinaire du traitement par la sécrétion du corps thyroïde dans le myxœdème est, selon moi, capable de la même explication. Nous avons un excès de mucine produit non seulement dans le tissu sous-cutané, mais aussi dans le tissu conjonctif ; au point de vue du développement le tissu muqueux est le précurseur du tissu conjonctif ; il y a donc dans le myxœdème une hypertrophie due à ce tissu embryonnaire — en conséquence de la perte d'une sécrétion qui normalement en contrôle la formation ; et il me semble que l'explication est bien fondée, qui prétend que le corps thyroïde ajoute au sang quelque chose qui contrôle la production du tissu muqueux et indirectement celle du tissu conjonctif.

Cette théorie me semble plus juste que celle qui attribue à la sécrétion du corps thyroïde certaines qualités, qui empêchent l'auto-intoxication.

Il est possible que l'application du principe exposé dans cette leçon nous conduira dans la suite à traiter d'autres maladies, qui dépendent d'une hypertrophie locale d'un tissu embryonnaire — le sarcome, le carcinome par exemple — par l'introduction dans le système d'éléments qui empêchent leur formation. La question mérite d'être approfondie.

Dr Macevoy.

CORRESPONDANCE

Mon cher Rédacteur,

Avec beaucoup d'autres journaux, vous avez publié mon observation déjà ancienne de guérison, par simple commandement,de verrues, tellement nombreuses qu'elles avaient rendu infirme le jeune garçon qui les portait — et vous trouvez cette guérison extraordinaire et blessant le bon sens, la logique ; ce qui doit nous blesser, à mon avis, c'est notre ignorance de *lois très simples* qui ont le tort à nos yeux et aux yeux de milliers de confrères, de n'être pas enseignées ou connues officiellement. Tout ce qui touche aux fonctions du système nerveux surtout du système nerveux du grand sympathique, tout ce qui touche aux merveilleuses relations du moral et du physique pour me servir de l'expression consacrée, bien que mauvaise, est entouré d'une obscurité profonde. J'ai essayé de lever un petit coin du voile et vous trouverez dans la *Normandie médicale* de 1891, 1892, 1893, des observations que je compléterai. Ce que nous connaissons est peu de chose. Ce que nous ne connaissons pas, s'étend à l'infini.

A vous cordialement.

Dr Gibert.

Nous nous étonnons des faits signalés non seulement par M. le Dr *Gibert*, mais encore par nombre d'autres médecins et notre distingué confrère rendra un grand service à la science et à nos lecteurs s'il parvient à préciser ces lois simples, qu'il devra formuler.

N. D. L. R.

A propos des observations du Dr Gibert et du Dr Pineau : « La suggestion à l'état de veille », dans le no 13 du *Concours médical*, je trouve dans le livre du Dr D. Hack Tuke « Illustrations of the influence of the mind upon the body », 2e édition, 1884, p. 208, etc., les observations suivantes :

Un chirurgien qui lui est connu, raconte que sa fille avait depuis 18 mois des verrues sur les mains. Un monsieur de leurs amis vint leur rendre visite et en souhaitant le bonjour à Mlle C., apercevant l'état de ses mains, lui dit : « Combien avez-vous de verrues sur vos mains » ? « Je ne sais pas, lui répondit-elle, je crois qu'il y en a une douzaine. » Eh bien, comptez-les » ; et sur son carnet il en prit note ; puis s'adressant à Mlle C., il lui dit : « Après dimanche, vos verrues auront disparu. » La suggestion réussit.

Le Dr Tuke eut le même succès sur plusieurs personnes — malades et garde-malades — dans un asile d'aliénés qu'il visita un jour.

Le Dr Carpentier, dans son livre « Mental Physiologis », parle de la guérison des verrues par la suggestion comme d'un « fait réel ».

Dr Macevoy.

MÉDECINE PUBLIQUE

La statistique des décès.

Des recherches dans les papiers laissés par M. le Dr Ancelet, ancien Président du Syndicat médical des Vallées d'Aisne-et-Vesle, m'ont fait découvrir les documents suivants qui présentent un certain intérêt au moment où les questions de médecine publique prennent une importance si grande.

On remarquera que le secret professionnel était soigneusement sauvegardé dans l'organisation proposée par le préfet de l'Aisne, puisque les bulletins étaient anonymes.

Il n'y aurait pas de bien grands changements à y apporter pour que cette organisation répondît aux nécessités actuelles.

Voici d'abord une circulaire expliquant le fonctionnement du service :

Renseignements à donner sur les causes des décès.

Laon, le 29 février 1856.

Monsieur,

M. le Ministre de l'Agriculture, du Commerce et des Travaux publics a reconnu qu'il serait utile, dans l'intérêt de la science médicale, de recueillir des renseignements sur les causes des décès constatés chaque année.

Vous avez été invité déjà à faire connaître à MM. les Maires, les causes des décès survenus dans votre clientèle ou que vous auriez été appelé à constater ; d'après les indications qui vous ont été données, vous avez pu vous borner à indiquer sur un bulletin remis *cacheté* à l'officier de l'état civil, et *sans aucune autre mention, la cause du décès et le sexe du décédé.*

D'ailleurs en usage maintenant dans tous les départements, ce mode dont l'emploi permet d'obtenir d'utiles renseignements, sans blesser les susceptibilités des familles, remplit complètement le but. Je verrais donc avec plaisir que vous voulussiez bien y recourir, et venir ainsi en aide à l'Administration pour l'établissement d'une statistique, dont vous appréciez certainement tout l'intérêt.

Je vous adresse, en conséquence, un certain nombre d'exemplaires de la nomenclature officielle, en vous priant, lorsque vous devrez fournir à l'officier de l'état civil l'indication de la cause d'un décès, de placer une croix dans la colonne du sexe, en regard de la maladie portée dans la première colonne de gauche à laquelle vous attribuerez le décès. Dans le cas où vous manqueriez d'imprimés, il suffirait d'écrire, sur un petit bulletin blanc, le nom de la maladie ainsi que le sexe de l'individu décédé, et de remettre ce même bulletin *cacheté* à l'officier de l'état civil qui, d'après les instructions, ne l'ouvrira qu'à la fin de l'année.

Recevez, etc....

Le Préfet de l'Aisne,
S. Boittelle.

Suivait un bulletin où les causes de décès étaient énumérées avec deux colonnes en regard : l'une pour les hommes, l'autre pour les femmes.

BULLETIN DES CAUSES DE DÉCÈS.

Fièvres : Typhoïde, puerpérale, intermittente, continue.

Fièvres éruptives : Variole, rougeole, scarlatine, suette.

Maladies virulentes ou contagieuses : Anthrax (charbon), morve, pustules malignes, hydrophobie.

Maladies de l'encéphale : Apoplexie, hydrocéphalie, ramollissement, fièvres cérébrales, méningite, encéphalite, aliénation.

Maladies des yeux : Cancer, suppuration.

Maladies des organes de la circulation : Maladie du cœur (hypertrophie, dilatation, rétrécissement, etc.), anévrysme (des artères), péricardite, phlébite, artérite, hémorrhagie.
Maladies des organes de la respiration : Group, hydrothorax empyème, angines (de toute nature), catarrhe, pleurésie, pneumonie, phtisie pulmonaire.
Maladies des organes de la digestion : Gastrite, entérite, hernie, péritonite, hydropisie, maladies du foie, maladies de la rate, dysenterie, diarrhée, choléra sporadique, asiatique.
Maladies des reins : Néphrite, diabète, albuminurie, calculs, kystes.
Maladies de la vessie : Calculs, catarrhes, inflammation, rétention d'urine.
Maladies des organes génitaux : Chez la femme : Cancer, polypes de la matrice, corps fibreux, métrite, kystes, abcès, fistule.
Maladies des organes génitaux : Chez l'homme : Sarcocèle, tubercules, maladies de l'urètre, maladies de la prostate, abcès, fistule.
Maladies des seins : Tumeurs, cancer, abcès.
Maladies des os : Carie, nécrose, ramollissements, inflammation, cancer, fractures.
Maladies du système nerveux : Tétanos, myélite, hystérie, paralysie, épilepsie, hypocondrie, névralgie, névrome.
Maladies du système lymphatique : Scrofules, abcès tuberculeux.
Maladies articulaires : Luxation, plaies, inflammation, suppuration, tumeurs blanches.
Maladies de la peau : Érésipèle, dartres, ulcère.
Maladies diverses : Plaies, brûlures, contusion, abcès de toute sorte, hydropisie en général, cancer en général.
Autres causes de décès : Suites de couches, vieillesse, suicide, accidents, meurtres, exécutions.
Autres causes :
Causes inconnues :

Signature du médecin.

Le médecin indiquera la maladie à laquelle il attribue le décès, en plaçant une croix dans la colonne du sexe en regard de cette maladie.

Ce bulletin devait être remis, clos et cacheté, à l'officier de l'état civil auquel les instructions recommandaient de ne l'ouvrir que lorsqu'il était appelé à dresser la récapitulation générale des décès.

Le Corps médical était d'ailleurs invité à indiquer les modifications qu'il lui paraîtrait nécessaire d'introduire dans la nomenclature figurant au tableau.

Dr H. Lécuyer.

TRIBUNAUX

Contestation d'honoraires.

Le Dr G... fut, en 1889, appelé en consultation par le Dr S..., auprès de Mme U..., habitant la banlieue de Paris, et qui, depuis plusieurs jours, se trouvait en travail. L'accouchement ne se terminant pas, le cas était particulièrement difficile. Une intervention fut jugée nécessaire, pratiquée, et le résultat en fut des plus heureux pour la mère et l'enfant. Près d'un an après, le Dr G..., qui n'avait pas été soldé, fit présenter sa note d'honoraires s'élevant à 250 francs. Sur ce, M. U... fit *offres réelles par huissier* d'une somme de 50 francs. Refus du confrère, bien entendu. Après plaidoirie, le tribunal (7e chambre), à la date du 20 décembre 1892, vient de rendre le jugement suivant :

« Attendu que, suivant exploit de R..., huissier, du « 14 mars 1890, G... a formé contre U... une de- « mande en paiement de 250 francs pour honoraires à « raison du concours qu'il a donné au Dr S..., lors de « l'accouchement de la dame U...,

« Attendu que U... ne conteste pas devoir des hono- « raires à G..., mais soutient que la somme réclamée « est exagérée, qu'il a, suivant exploit de D..., huissier, « du 7 février 1890, fait offre de 50 francs ; que ces « offres ayant été refusées, il en a déposé le montant « à la caisse des dépôts et consignations et a formé « une demande en validité des dites offres ;

« Attendu que pour apprécier le quantum des hono- « raires dus à un médecin, il convient *de tenir compte « tout à la fois de la situation scientifique de celui qui « a fourni les soins, de la position de fortune du client, « ainsi que du service rendu* ;

« Qu'en tenant compte de ces différents éléments, le « tribunal est en mesure d'évaluer à 250 francs la « somme due par le défenseur au demandeur ;

« Que dès lors, les offres de U... doivent être décla- « rées nulles comme insuffisantes ;

« Par ces motifs, condamne U... à payer à G... la « somme de 250 francs, avec les intérêts tels que de « droit ;

« Déclare U... mal fondé en sa demande en validi- « té d'offres réelles, lesquelles sont nulles comme in- « suffisantes ;

« Et condamne U... aux dépens. »

Nourrisson syphilitique. Responsabilité.

Le *Bulletin médical* du 5 mars dernier publie un arrêt de la Cour d'appel de Paris confirmant un jugement en première instance dans lequel l'Assistance publique a été condamnée à indemniser une nourrice rendue syphilitique par un nourrisson, que lui avait confié cette Administration.

Voici les considérants de ce jugement qui intéresse au plus haut point le corps médical et les administrations hospitalières ou départementales :

« Attendu qu'à la date du 26 août 1889, la femme O... recevait, en qualité de nourrice, un enfant, né le 20 août, qui lui était confié par l'Assistance publique pour être allaité :

« Attendu que, le 25 décembre suivant, le médecin des enfants-assistés constatait chez la femme O... une ulcération au mamelon gauche et une angine ayant le caractère probable de syphilis, et ordonnait de mettre l'enfant au biberon ; que les jours suivants la maladie faisait des progrès rapides, et, que, le 17 janvier 1890, le directeur des enfants-assistés de la ville se transportait chez la femme O... et envoyait le nourrisson ailleurs pour être élevé au biberon ;

« Attendu que, dans le courant de février, l'enfant était examiné par les docteurs Reignier et de Bruon, en présence du médecin et du directeur des enfants-assistés et était reconnu atteint de syphilis congénitale.

« Attendu que dans ces conditions le fait de la transmission de la syphilis du nourrisson à la nourrice ne saurait être contesté ; que la femme O..., en effet, soumise à deux reprises à un examen médical avant son admission par l'Assistance publique en qualité de nourrice, avait été reconnue saine ; que, d'autre part ses enfants et son mari ne présentent aucune trace d'une affection spécifique ; qu'enfin les accidents primordiaux se sont manifestés au sein et à la gorge, alors que les organes génitaux étaient intacts ; que la syphilis, au contraire, dont le nourrisson est atteint, est une syphilis congénitale ; que, dans ces circonstances, le fait de la contamination qui sert de base à l'action en dommages-intérêts se trouve pleinement justifié ;

« Attendu que l'Assistance publique soutient que même dans ce cas la demande ne saurait être accueillie, aucune faute ne pouvant être imputée à son administration ;

« Mais, attendu qu'il n'est point justifié qu'avant d'être confié à la femme O... pour être allaité, l'enfant ait fait l'objet d'un examen sérieux et approfondi ; qu'un tel soin s'imposait avec d'autant plus de rigueur à cette Administration qu'il s'agissait d'un enfant abandonné dont l'origine était inconnue et qui devait, dès lors, être considéré comme suspect ; que dès les premiers jours de son arrivée chez la demanderesse il était atteint d'un coryza persistant, bientôt suivi d'une éruption, et que, peu après, le médecin de l'Assistance constatait un érythème.

« Attendu que si chacun de ces symptômes, pris isolément, était sans gravité réelle, leur réunion chez une enfant chétive, d'aspect malingre et rachitique, était de nature à faire naître des inquiétudes et des soupçons ; qu'il appartenait à l'Administration de prendre décemment les mesures nécessaires pour sauvegarder la nourrice du danger, même hypothétique d'une contagion ou du moins de l'avertir du risque que cet allaitement pouvait présenter pour elle ; que toutes les mesures prescrites par la prudence pour éviter une contagion n'ont donc point été prises, et que cette contagion s'étant produite, la responsabilité de l'Assistance publique se trouve engagée ;

« Attendu que la femme O... a été atteinte dans sa santé de la façon la plus grave ; le Tribunal a les éléments nécessaires pour fixer les dommages-intérêts qui lui sont dus ;

« Par ces motifs,

« Condamne l'Assistance publique à payer aux époux O... la somme de 7,000 francs de dommages-intérêts ; la condamne en outre aux dépens. »

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat d'Aisne-et-Vesle.

20 *septembre* 1892.

Présents : MM. Woymant, *président* ; Gaillard, *vice-président* ; Lécuyer, *secrétaire*, Faille, Henrionnet, Lancry, Van Bunnen, Pichancourt et Deligny.

Le secrétaire-trésorier rend ses comptes pour le Syndicat et la caisse d'assurances maladies.

Les comptes sont approuvés.

Sur la proposition du président, des félicitations sont adressées à M. le Dr Manichon, membre du bureau, pour les palmes d'officier de l'instruction publique qu'il vient de recevoir.

Délégation à l'Assemblée Générale de l'Union.

Le secrétaire expose que la loi Chevandier va être définitivement votée par le Sénat et que les Syndicats, par conséquent, auront l'existence légale. La réunion de l'Union aura donc une grande importance.

M. Lécuyer est nommé, à l'unanimité, délégué du Syndicat ; il est chargé de faire un rapport spécial sur la situation prospère de la caisse d'assurances du Syndicat (1).

Le président reconnaît que la loi Chevandier est un progrès sur l'ancienne législation, mais il faut que sur certains points le délégué défende absolument les prérogatives du corps médical.

L'Union doit demander que pour la médecine légale, pour la déclaration des maladies contagieuses, pour l'assistance médicale dans les campagnes, etc., le gouvernement ne considère pas tout à fait les médecins comme des fonctionnaires, mais qu'il interprète la loi dans un sens libéral.

Il faut enfin que la loi d'assistance ne soit pas faite contre le médecin et qu'elle proclame bien haut la liberté du malade et celle du médecin.

Approbation unanime.

Le secrétaire communique une circulaire du préfet de l'Aisne en date du 29 février 1856 sur les renseignements à donner sur les causes de décès (1).

Il croit que cette organisation est sage et par conséquent utile à connaître. La question figure d'ailleurs à l'ordre du jour de l'Union des Syndicats.

Le Syndicat approuve ladite circulaire et décide qu'elle figurera au procès-verbal avec le tableau annexé.

Le Secrétaire,
Dr H. Lécuyer.

BUREAU DU SYNDICAT.

Président : M. le Dr Woymant, *à Soissons.*
Vice-Président : M. le Dr Gaillart, *à Hartennes.*
Secrétaire-Trésorier : M. le Dr Lécuyer, *à Beaurieux.*
Assesseurs : MM. les Drs Faille, *à Fismes*, Manichon, *à Oulchy-le-Château.*

MEMBRES.

MM. les Drs Godart, Lefèvre, *Fismes* ; Vendraud, Prioux, Brassart, *Villers-Cotterets* ; Henrionnet, *Braisne* : Delaporte, *Bourg et Comin* ; Galimant, *Chevregny* ; Loisel, *Tergnier* ; Deligny, *Fère-en-Tardenois* ; Bohn, *Ambleny* ; Pichaucourt, *Bourgogne* ; Herbillon, *Comicy* ; Van Bunnen, *Jonchery* ; Lancry, *Vailly-sur-Aisne*.

Association professionnelle des médecins de Rouen

27 *janvier* 1893.

Présents : MM. Gauchois, *président*, Brunon, *secrétaire*, de Welling, Debout, Helot, Douvre, Gargam, Bugnot, Ballay, Giraud, Fauvel.

M. de Welling annonce que M. Coulom retire sa démission et que MM. Gervais et Lireux demandent à faire partie de la Société.

M. Carliez adresse au Président la lettre suivante :

J'ai l'honneur de vous informer du résultat de l'affaire judiciaire pour laquelle j'avais sollicité l'appui moral et financier de l'Association. J'ai été réglé intégralement de mes honoraires.

Je vous prie, Monsieur le Président, de vouloir bien remercier en mon nom le bureau et les membres de l'Association, qui ont bien voulu dans cette circonstance, me prêter leur bienveillant concours, car il est bien certain que c'est grâce à la décision prise par l'assemblée, ainsi qu'à l'intervention toute gracieuse de notre sympathique Secrétaire, M. le Docteur Debout, que je dois cet heureux résultat.

(1) Voir *Concours médical* et *Bulletin des Syndicats*.

(1) Voir plus haut.

Don à l'Association locale.

M. de Welling propose de faire un don de 100 fr. à l'Association des Médecins de la Seine-Inférieure. — Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

M. Douvre remercie l'assemblée de cette offre gracieuse. Il en fera part à la prochaine réunion du conseil d'administration de l'Association départementale. Du reste, elle n'avait pas besoin de cette marque de sympathie et les deux sociétés marcheront toujours la main dans la main.

Constatations médicales.

A propos de la question qui a été soulevée par un membre du corps médical à la commission du budget du Conseil municipal et dont le Président informe l'assemblée, il est décidé que pour la constatation des cas d'aliénation mentale et de mort violente, le Bureau fera une démarche auprès de M. le Maire pour que l'état de choses actuel soit modifié conformément à la loi du 30 juin 1838 et à l'article 23 de la loi du 30 novembre 1892.

M. Helot demande quelles sont les obligations du médecin, en cas de maladies contagieuses.

M. de Welling répond que la loi ne sera applicable qu'en décembre 1893.

Le compte rendu financier se chiffre par 1,570 fr. de recettes et 131 fr. 65 de dépenses. Il reste en caisse 1,448 fr. 35.

Des remerciements sont adressés à M. le Secrétaire-Trésorier.

L'assemblée procède à la nomination d'un conseil judiciaire : M. Dieusy, réunissant la majorité des suffrages, est nommé.

M. de Welling, en prenant place au fauteuil de la présidence, remercie ses collègues de l'honneur qui lui est fait et déclare qu'il s'efforcera de justifier leur confiance.

M. Douvre trouve que le bureau n'est pas assez considérable, maintenant que la loi reconnaît l'existence des syndicats. Il y aurait lieu de nommer un trésorier et des conseillers.

Le Secrétaire,
Raoul Brunon.

Syndicat de Marseille.

Le 2 mars, les membres du Syndicat de Marseille se sont réunis dans un premier banquet. 62 membres étaient présents.

Le Procureur de la République avait accepté l'invitation du Syndicat et était assis à la droite du Président, M. le Dr Jubiot. On remarquait à la table d'honneur : MM. Thierry et Pélissier, membres du conseil judiciaire ; les docteurs Livon, directeur de l'Ecole de médecine ; Villard, président de l'Association générale des médecins des Bouches-du-Rhône ; Flaissières, maire de Marseille, etc., etc.

Après un repas dans lequel la gaîté et l'entrain le plus cordial n'ont cessé de régner, le président a levé son verre en l'honneur des invités du syndicat ; il a bu aussi à l'union des médecins pour la défense de leurs intérêts professionnels et pour la poursuite de l'exercice illégal de la médecine et du charlatanisme.

M. le procureur, dans des termes chaleureux et sympathiques, fréquemment interrompus par les applaudissements, a remercié le syndicat de son aimable invitation et a levé son verre à l'union de Thémis et d'Esculape ; après lui, MM. Thierry, Villard, Flaissières, Livon, Baudoin et Honorat ont tour à tour loué l'utilité de cette institution aux points de vue professionnel et humanitaire.

Les conversations se sont ensuite continuées dans un salon réservé et l'on s'est enfin séparé heureux de cette première rencontre et d'une soirée aussi réussie, avec promesse de la recommencer.

REPORTAGE MÉDICAL

Société de médecine publique et d'Hygiène professionnelle. — Paris, le 20 avril 1893. Monsieur et cher Confrère, vous savez sans doute qu'une petite épidémie de typhus a été signalée en divers points du territoire et particulièrement à Lille, Amiens, Beauvais. Il est possible que des cas de cette affection aient pu être observés en d'autres villes soit du Nord, soit de l'Ouest ou même en d'autres régions de la France, et que ces cas aient pu être confondus avec la fièvre typhoïde, la scarlatine ou certaines formes de pneumonies infectieuses. Nous vous serions reconnaissants de nous faire parvenir d'urgence une note sur les faits que vous avez pu observer dans les hôpitaux ou en ville, de rechercher notamment, s'il ne s'est pas produit de petites épidémies hospitalières depuis quelques mois ou même avant. Il est désirable que les premiers renseignements nous arrivent de suite, quitte à les compléter ultérieurement. Il serait utile aussi qu'on pût savoir quelles ont été les premières personnes atteintes, qu'on sût leur nom et le lieu d'où elles venaient.

Vous comprendrez aisément Monsieur et cher Collègue, que ces renseignements qui seraient fournis à notre Société lui permettraient de faire une enquête sur les conditions du développement et de la transmission du typhus et d'indiquer les mesures à prendre pour s'en préserver.

Veuillez agréer, Monsieur et Cher Collègue, l'assurance de nos sentiments dévoués.

Le Président, Levasseur. *Les Secrétaires-généraux,* H. Napias, A.-J. Martin.

— *Le Congrès international de médecine à Rome* (Septembre 1893). — Plusieurs de mes confrères ont fait courir, à Paris, le bruit que le XIe Congrès International de médecine, qui doit avoir lieu à Rome en septembre prochain, allait être remis à une date ultérieure, dans la crainte de l'éclosion d'une épidémie cholérique ou autre.

On m'a écrit pour attirer mon attention sur ce bruit. J'ai immédiatement télégraphié à M. le Pr Maragliano, secrétaire général du Comité central italien. Voici le texte même de la dépêche que j'ai reçue jeudi soir 20 avril, à 1 h. 3/4.

« *On n'a pas actuellement de raison pour reculer le Congrès. Bruit inexact. Santé publique en Italie excellente. Veuillez démentir.* Maragliano. »

Marcel Baudouin,
Secrétaire général du Comité français d'initiative et de propagande, 14, boulevard Saint-Germain.

— A Lorient, le Dr Duhscouet, au cours d'une trachéotomie, se vit contraint, par devoir, d'aspirer les fausses membranes. Puisque, très heureusement, il s'est rétabli de la diphthérie qu'il a contractée, il nous est permis de dire que nos confrères devraient bien, dans ces circonstances, être munis de l'outillage indispensable qui leur permettrait de ne pas affronter, sans absolue nécessité, une si redoutable contagion.

— *Eclairage des champs de bataille.* — A la cinquième conférence de la Société de la Croix-Rouge, tenue l'an dernier à Rome, on avait émis l'avis que la Société de la Croix-Rouge doit se munir en temps de paix des appareils électriques nécessaires, c'est-à-dire de chars avec des accumulateurs.

Le Dr Mendini, médecin de l'armée italienne, s'est occupé des applications pratiques de cette idée, et a imaginé une *lampe-phare*, dans laquelle on brûle de l'huile minérale. Les expériences faites à Rome ont donné de bons résultats.

L'appareil d'éclairage employé était une lampe Wells montée sur une voiture de bataillon. Il fallut une demi-heure pour allumer et monter l'appareil. Vingt soldats simulant les blessés avaient été dispersés dans les plis de terrain aux environs. Il n'y en eut que cinq qui échappèrent aux recherches; et la lumière était assez intense pour qu'on eût pu pratiquer les opérations d'urgence et panser les blessés.

— *Syphilis, opiomanie, pédérastie.* — D'après le Dr Michaut, de Yokohama, la syphilis en Extrême-Orient affecte un caractère de gravité beaucoup plus grand dans certains pays que dans certains autres cependant voisins ; et cela tiendrait aux conditions de la vie des habitants. Ainsi, d'après l'auteur, la syphilis est plus grave dans les pays où existe l'habitude de fumer l'opium ; et cette gravité est plus grande encore quand à cette première condition dépressive vient s'ajouter l'habitude de la pédérastie.

Dans notre empire colonial d'Extrême-Orient, où ces deux vices sont très répandus, les Européens qui contractent la syphilis sont exposés à des accidents d'une violence extrême, et la mort en est souvent la terminaison. Au contraire, au Japon, la syphilis est rarement dangereuse ; mais l'opiomanie et la pédérastie sont à peu près inconnus au Japon. Dans un pays voisin, dans la presqu'île de Corée, où la pédérastie est dans les mœurs à un point tel qu'elle se pratique publiquement, dans la rue, la syphilis est extrêmement commune et très grave.

Le Dr Michaut conclut en conseillant dans les colonies la surveillance de la prostitution masculine, et l'obligation de la visite médicale, comme cela a lieu pour les femmes publiques en Europe. En second lieu, le gouvernement, au lieu de toucher de beaux revenus sur la vente de l'opium, devrait combattre avec la dernière rigueur le fléau de l'opiomanie, en proscrivant la vente de l'opium dût la métropole perdre la moitié des revenus que lui donne actuellement la colonie.

— On parle de la nomination de M. Chantemesse, médecin des hôpitaux, comme inspecteur général adjoint des services sanitaires.

— Nous avons le regret de faire part de la mort d'un membre de l'Académie de médecine, M. le Dr Devilliers, médecin en chef honoraire de la Cie P.-L.-M.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Perrusault, d'Henrichemont (Cher) ; de la Bucherie, de Franc (Gironde) ; Lacombe, de Périgueux (Dordogne) ; Parmentier, de Courbevoie ; Massola, de Chambéry (Savoie) ; Hatg, d'Origny-Sainte-Benoite (Aisne) ; Beau, de Suméne (Gard) ; Testart, de Warloy-Baillon (Somme) ; Lacoste, de Pau (Basses-Pyrénées), membres du Concours médical.

(Parmi les décès que nous signalons, il en est plusieurs de date déjà un peu ancienne).

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3797. — M. le Dr Guérard, à El Arrouch (Constantine), présenté par M. le Dr Dalton, de Tarbes.

N° 3798. — M. le Dr Médail, à Tombebœuf (Lot-et-Garonne), membre du Syndicat du Lot-et-Garonne.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'Ecole de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

Vient de paraître :

Le guide militaire des étudiants, des médecins et pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale, par MM. Petit et Collin, médecins-majors de l'armée.

Les auteurs, qui se recommandent par leur situation spéciale et leurs travaux antérieurs, ont rédigé, sous ce titre et d'après les réglementations les plus récentes, un manuel complet de législation et d'administration militaires à l'usage des étudiants, des pharmaciens et de leurs confrères civils, pour lesquels il constituera un vade-mecum précieux.

Dans une première partie, MM. Petit et Collin ont traité, *sous forme de leçons*, et en suivant rigoureusement les indications des programmes ministériels, toutes les matières demandées aux examens que sont tenus de subir : les étudiants, pour l'obtention du grade de médecin auxiliaire ; les médecins et pharmaciens, pour l'avancement dans la hiérarchie de la Réserve et de l'Armée Territoriale.

Dans une deuxième partie, sont rassemblés les lois, décrets, règlements, etc., relatifs aux rapports des étudiants et des médecins et pharmaciens avec les autorités militaires.

Ce livre, qui épargnera aux intéressés des recherches difficiles dans des publications spéciales du Ministère de la Guerre, leur sera d'un grand secours, tant pour la préparation de leurs examens que pour la connaissance et l'application de leurs devoirs et de leurs droits, pendant les périodes d'appel et dans l'intervalle des convocations.

L'ouvrage, illustré de figures dans le texte et de croquis hors texte, est expédié *franco*, relié, contre un mandat postal de la somme de **6 francs**, adressé à M. le Directeur de la *Société d'éditions Scientifiques*, à Paris, 4, rue Antoine-Dubois.

Nota. — Avec reliure souple : **7** fr. **50**. Cette reliure, extrêmement résistante, permet de mettre le manuel en poche sans jamais le détériorer. Pour MM. les membres du Concours médical **4** fr. **80** ou **6** fr.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année **N° 18** 6 Mai 1893

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

La pneumonie grippale.

Une des principales causes de mort par la grippe est évidemment la *pneumonie*. A Paris, pendant la 16e semaine, du 16 avril au 23 avril, **210** personnes au lieu de 67 (chiffre moyen) sont mortes de pneumonie grippale. En présence d'une telle gravité, la thérapeutique semble désarmée, et cependant, nous sommes persuadé que l'on pourrait faire davantage avec plus de sagacité dans le diagnostic et d'énergie intelligente dans l'intervention.

M. *Huchard* a insisté avec raison à la Société de Thérapeutique sur l'immense utilité de deux médicaments dans le traitement de la pneumonie : *l'alcool* et la *digitale*.

L'alcool est généralement administré avec trop de parcimonie ; 40 à 60 grammes paraissent suffisants : c'est une erreur.

« Sans atteindre les doses souvent considérables que Todd ne craignait pas d'employer (jusqu'à 248 onces d'eau-de-vie dans les 24 heures), on doit, suivant l'exemple de Béhier, prescrire des doses variant dans les limites de 80 à 300 grammes. Pour ma part, même chez les malades qui ne présentent aucun signe d'alcoolisme, je n'ordonne jamais une quantité d'alcool inférieure à 100 ou 150 grammes, et je n'hésite pas, parfois, dans les cas graves caractérisés par un grand affaiblissement de forces, à prescrire 200, 250 et même 300 grammes par jour. Le jeune âge supporte bien des doses assez considérables d'alcool, et Gingeot a cité dans sa thèse l'exemple d'enfants de deux ans à deux ans et demi, atteints d'affections aiguës fébriles, ayant pris près de 60 ou 80 grammes d'eau-de-vie en vingt-quatre heures sans présenter aucun signe d'ébriété.

Mais, le mode d'administration du médicament a une grande importance, comme Todd l'avait bien démontré. Il faut, en effet, *fractionner* les doses, prescrire une petite quantité d'alcool toutes les demi-heures ou toutes les heures d'une façon régulière, en ayant soin d'atténuer la médication dès que l'haleine du malade devient alcoolique, ce qui prouve, d'après Gingeot, que « la dose administrée dépasse les besoins de l'économie » (1).

Quant à la digitale, elle paraît être aussi éminemment utile pour soutenir le cœur et faciliter la circulation pulmonaire. Mais, il ne faut pas que les doses soient trop fortes, ni surtout trop faibles.

M. Huchard a toujours recours à la solution de digitaline cristallisée au millième. C'est là une préparation facilement tolérée par les malades ; elle a une action invariable et certaine, et elle est d'un dosage facile. On prescrit en une fois et pendant un seul jour 50 gouttes de cette solution (cette dernière dose correspond à un milligramme de substance active), et deux à cinq jours après, suivant l'indication, on prescrit de nouveau le médicament, le plus souvent à dose moindre (25 à 40 gouttes), sans voir dans l'albuminurie une contre-indication à son emploi, comme on le croit généralement à tort.

Le chlorhydro-sulfate de quinine nous paraît évidemment indiqué pour combattre la fièvre grippale. Enfin, dans quelques cas de vigoureuse constitution des malades, nous croyons utile d'appliquer des ventouses scarifiées sur le côté malade de la poitrine ; mais en petit nombre, trois ou quatre environ.

Le syndrome de Bénédickt.

M. *Charcot* propose de donner le nom *de syndrome de Bénédickt* à une association de deux symptômes croisés, paralysie du moteur oculaire commun de l'œil gauche et tremblement du membre supérieur droit. Quelle est donc la nature

(1) *Rev. de Clin. et de Thér.*, 1893, page 241.

de la lésion qui a causé ce syndrome ? M. Charcot pense tout d'abord à un petit foyer d'hémorrhagie ou de ramollissement de la partie inférieure et interne du pédoncule cérébral gauche. Mais il ajoute que, dans le syndrome précédent, il s'agit le plus souvent de tubercules.

Le diagnostic de ce syndrome doit être fait avec la *sclérose en plaques* ; pour cela, on se base sur l'absence d'exagération des réflexes tendineux.

Il doit être fait aussi avec le blépharospasme hystérique ou la paralysie de l'élévateur de la paupière supérieure ? *L'élévation du sourcil* correspondant est caractéristique dans la paralysie.

Donc, il s'agit bien d'un syndrome spécial qu'une désignation particulière permettra de nettement différencier d'autres syndromes.

Traitement du psoriasis.

M. *Brocq* préconise le traitement suivant dans le psoriasis : 1° Si le psoriasis est enflammé, donner des bains d'amidon et appliquer une pommade inerte à l'amidon, à l'oxyde de zinc au 10e, ou simplement de la vaseline.

2° Si le psoriasis n'est pas enflammé, donner des bains sulfureux, faire des frictions avec une pommade au goudron, à l'huile de cade et à l'acide salicylique, au précipité blanc, au précipité jaune.

L'acide pyrogallique en pommade est quelquefois dangereux, mais souvent efficace ; il est bon de commencer par la dose de 1 pour 40, jusqu'à ce qu'on connaisse bien la susceptibilité individuelle.

Les pommades naphtolées au 20e ou au 10e sont bonnes aussi. Mais, de tous les topiques connus, il est certain que le plus efficace est l'acide chrysophanique ou la chrysarobine. Malheureusement il peut donner lieu à des irritations cutanées violentes, à des érythèmes généralisés, à des colorations violacées, à des conjonctivites, à des intoxications. Aussi faut-il en surveiller l'emploi de très près et en suspendre l'usage, dès que les accidents commencent à se montrer.

1° Ne pas s'en servir au cuir chevelu, et comme lorsque l'on fait usage de l'acide pyrogallique, employer en cette région des pommades mercurielles.

2° Décaper les plaques de temps en temps par des bains et des savonnages.

3° Appliquer, sur une ou deux plaques, une fois par jour pour commencer, une pommade à l'acide chrysophanique au 40e : acide chrysophanique, acide salicylique, āā 1 gram., vaseline pure, 40 gram. ; si elle est bien supportée, en généraliser l'emploi. En faire ensuite deux applications par jour.

Enfin, porter peu à peu les doses d'acide chrysophanique à 1 pour 30, 1 pour 10, et même 1 pour 5 d'excipient, jusqu'à ce que l'on ait trouvé une préparation réellement efficace.

4° Si l'acide chrysophanique n'est pas toléré, recourir à l'acide pyrogallique (voir ci-dessus), aux préparations mercurielles, en dernier lieu à l'huile de cade.

Quand on traite un psoriasique, il faut poursuivre la disparition de l'éruption jusqu'à ce qu'il n'en existe plus le moindre vestige : sinon on s'expose à des récidives presque immédiates.

Quant au traitement général, il doit être surtout antiarthritique. Le régime alimentaire peut ne pas être modifié, sauf pour le vin, le café, les liqueurs, les mets épicés ou très salés qu'il faut supprimer. Il faut traiter le nervosisme par les bromures, les valérianates, l'hydrothérapie, prescrire une bonne hygiène, des sudations, des exercices corporels, et s'abstenir de médicaments internes. L'arsenic, l'iodure de potassium, les balsamiques, tous ces refuges de la thérapeutique, ont été essayés souvent sans grand succès.

Traitement des luxations anciennes du coude.

La Société de chirurgie discute en ce moment l'opportunité et le procédé de choix de l'intervention dans les luxations anciennes du coude. M. Tillaux, M. Schwartz déclarent que la résection partielle est la plupart du temps suffisante pour rétablir les mouvements dans une articulation du coude où il n'y a eu qu'une luxation. Au contraire, dans les ankyloses du coude consécutives à une arthrite, ils conseillent de faire d'emblée la résection large et complète. M. Kirmisson se range à leur avis. Pour M. Championnière, l'ankylose peut parfaitement s'observer à la suite d'une luxation du coude, sans fracture. C'est ce qu'il a observé notamment dans un cas où il a pratiqué une large résection qui a donné un excellent résultat, avec des mouvements très étendus. Il croit que les résections très larges donnent les plus grandes chances d'avoir un résultat satisfaisant et que les opérations économiques peuvent avoir de sérieux inconvénients.

M. Berger fait les mêmes remarques cliniques et partage l'opinion du chirurgien de Saint-Louis.

Nous croyons, pour notre part, que les résections parcimonieuses sont généralement de mauvaises opérations chez les adultes et qu'il faut tailler une large brèche osseuse, si l'on veut avoir de bons résultats au point de vue des mouvements, qu'il y ait eu ankylose par arthrite ou simplement par luxation. Au contraire, chez l'enfant, la résection doit être modérée, afin de ne pas entraver la croissance future des os.

CLINIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

Les hémorrhoïdes et leur traitement.

Les hémorrhoïdes sont les varices de la région anale. Nous n'avons pas l'intention d'insister sur leur mécanisme étiologique décrit par Gosselin et Verneuil et définitivement expliqué par Duret ; ces théories sont classiques et connues de tous les élèves de première année. Ce qui est important pour nous, c'est de pouvoir soulager et même guérir entièrement les très nombreuses personnes qui sont affligées de cette gênante et pénible affection.

L'étiologie en est aussi variée que celle des varices. Le sexe nous paraît avoir peu d'influence sur la dilatation variqueuse recto-anale. En somme, les deux sexes sont aussi exposés l'

que l'autre aux congestions des organes pelviens (prostate, ovaires et utérus) et par suite, aux stases hémorrhoïdales. Seule la grossesse est une cause importante de plus pour la femme. Quant aux professions, il paraît bien évident que les professions sédentaires exigeant la station assise favorisent l'apparition des hémorrhoïdes. La constipation habituelle, la posture prise pendant la défécation et la longueur du séjour dans cette posture, l'alimentation azotée trop abondante, l'usage immodéré des épices, la négligence des soins de propreté de l'anus, sont autant de causes, au moins adjuvantes, qui expliquent la fréquence de l'affection, chez les riches comme chez les pauvres.

Ces causes sont importantes à connaître pour la prophylaxie des hémorrhoïdes.

I

TRAITEMENT DES HÉMORRHOÏDES.

A. *Traitement médical.* — Nous ne dirons que quelques mots des hemorrhoïdes chez les enfants. Elles sont extrêmement rares et, en général, peu douloureuses. Toutefois, il faut les traiter, car elles sont par leur présence une cause de prurit qui peut amener l'enfant à contracter de mauvaises habitudes. En pareil cas, tous les purgatifs imaginables et en général tous les médicaments sont impuissants à combattre le mal. Et cependant, il existe, d'après M. le docteur A. Hippius (de Moscou), une méthode de traitement simple et efficace qui amène rapidement la guérison des hémorrhoïdes comme aussi de la constipation habituelle. C'est le massage de l'abdomen, associé au massage des varices rectales.

Avec le petit doigt enduit de vaseline et introduit dans le rectum de l'enfant, notre confrère pratique sur les tumeurs hémorrhoïdaires des frictions circulaires douces, ainsi que des effleurages dirigés de bas en haut. Les séances, répétées quotidiennement ou tous les deux jours, ne durent d'abord qu'une minute. Puis leur durée est progressivement augmentée jusqu'à trois minutes. Chaque massage des hémorrhoïdes est précédé d'un massage de l'abdomen.

Dès la troisième ou la quatrième séance, les douleurs à la défécation s'amendent et les phlébectasies diminuent de volume. En 3 ou 4 semaines, la guérison complète est obtenue.

Chez les femmes enceintes, qui ont des hémorrhoïdes pour la première fois, et chez lesquelles ces hémorroïdes sont peu volumineuses, il n'y a rien à faire ; la guérison survient d'elle-même après l'expulsion du fœtus. D'ailleurs, c'est la même conduite que l'on doit suivre, chaque fois que les hémorrhoïdes paraissent peu volumineuses, et passagères. De simples soins de propreté, des lotions quotidiennes très froides avec de l'eau boriquée suffisent. On peut aussi de temps en temps employer de légères applications d'huile d'amandes douces ou de vaseline boriquée, afin d'assouplir les parois muqueuses et de diminuer les démangeaisons.

Lorsque les hémorrhoïdes ont le volume de petites noisettes et s'accompagnent de congestions intermittentes, de douleurs abdominales, de ténesme, etc., en un mot, dans les cas moyens, la thérapeutique doit être plus active ; car, aujourd'hui on n'admet guère les anciens errements d'autrefois sur le *noli tangere* des hémorrhoïdes. Les hémorrhoïdes ont une relation très étroite avec le nervosisme, soit qu'elles se rencontrent chez les gens nerveux prédisposés, soit qu'elles engendrent elles-mêmes la nervosité et l'hypochondrie. Les hémorrhoïdaires sont donc des malades fort ennuyeux et assez difficiles à soigner. Le tact du médecin sera souvent mis à l'épreuve dans ce traitement, et il lui faudra beaucoup de prudence pour suggestionner utilement son malade. « En général, on doit veiller à la liberté du ventre, car si les hémorrhoïdes provoquent la constipation, la constipation aggrave les hémorrhoïdes ; et nous nous trouvons en présence de la longue série des laxatifs, dont nous ne voudrions pas même aborder l'énumération. Aux lotions froides sur le périnée et aux lavements froids conservés par la tradition, nous avons substitué les lavements et les lotions avec de l'eau à la température de 50 à 55 degrés centigrades dont l'action est certainement plus rapide et plus sûre. Puis, quelques minutes avant la selle, nous faisons introduire, dans le trajet sphinctérien, un tout petit tamponnet d'ouate hydrophile — son volume ne dépasse pas un gros pois — que l'on imbibe d'une solution de cocaïne à 2 p. 100. Immédiatement après la défécation on a recours de nouveau aux lotions chaudes sur le périnée et, pour peu que la douleur persiste, on remet un nouveau tampon de cocaïne. Nous n'indiquerons pas ici les moyens innombrables imaginés pour combattre les hémorrhoïdes au premier degré, et nos formulaires contiennent un nombre vraiment incroyable de pommades et de suppositoires où le beurre de cacao, le tannin, l'extrait thébaïque, l'onguent populeum, l'extrait de belladone et de jusquiame, le ratanhia, l'hamamelis se combinent de mille manières. »

Récemment encore, un médecin russe, le Dr Kossobudski, cité par la *Revue internationale de thérapeutique*, aurait obtenu de très bons résultats de l'emploi des applications topiques de chrysarobine dans les cas d'hémorrhoïdes.

Tous les trois ou quatre jours, lavage antiseptique des bourrelets hémorrhoïdaires, puis application de la pommade suivante :

Chrysarobine....	0 gr. 80 centigr.
Iodoforme............	0 30 centigr.
Extrait de belladone....	0 60 centigr.
Vaseline................	25 gram.

M. pour f. s. a. un onguent.

En cas d'hémorrhoïdes internes, introduire dans le rectum un suppositoire ainsi composé :

Chrysarobine...........	0 gr. 08 centigr.
Iodoforme..............	0 02
Extrait de belladone...	0 01
Beurre de cacao.... ...	2 gram.
Glycérine..............	q. s.

Pour f. s. a. un suppositoire.

Le Dr *Preissmann* emploie dans les cas d'hémorrhoïdes les applications de glycérine additionnée d'iodure de potassium et d'iode, suivant les formules :

1° Iodure de potassium........	2 grammes.
Iode pur....................	0 gr. 20 c.
Glycérine....................	35 grammes.

M. — *Solution faible.*

2° Iodure de potassium........ 5 grammes.
Iode pur.................. 1 gramme.
Glycérine .... 35 grammes.

M. — *Solution forte.*

Le médecin prescrira l'une ou l'autre de ces deux préparations, en se réglant sur la susceptibilité individuelle du sujet. Le traitement se fera de la façon suivante :

D'abord, le malade prendra un bain de siège tiède. Puis il trempera de petits tampons d'ouate dans la glycérine iodée, et il les appliquera sur les bourrelets hémorrhoïdaires. Ces applications seront renouvelées d'heure en heure ou à des intervalles plus éloignés. Elles occasionnent une sensation passagère de brûlure très tolérable.

On a conseillé beaucoup les préparations belladonées à l'intérieur, et cependant nous n'en avons pas toujours trouvé les résultats merveilleux. Le *calomel*, à doses fractionnées de 0,25 centigrammes à 1 g. tous les quinze jours ou tous les mois, amène une décongestion hépatique et, par contre-coup, hémorrhoïdaire manifeste. Il diminue notablement l'intensité des crises douloureuses.

A leur suite, les hémorrhoïdes amènent une série d'accidents, dont quelques-uns sont résumés dans une leçon de M. Reclus à l'hôpital de la Pitié (1).

« A une période avancée, la constipation la plus rebelle, et chaque défécation s'accompagne d'une crise douloureuse, qu'apaise à peine l'issue d'un flux sanguin abondant. Après la selle, on constate, hors de l'anus, un bourrelet, amas d'hémorrhoïdes congestionnées, qui provoque de fausses envies, et des souffrances très vives. Le malade, assis sur un coin de chaise, sur un rebord de table, multiplie les efforts pour faire rentrer les masses procidentes et n'y parvient qu'après un temps fort long. Encore n'est-il pas certain, qu'après cette réduction, les douleurs vont cesser. Elles durent environ vingt minutes, une demi-heure, tout comme les névralgies qu'occasionne la fissure. Ces hémorragies incessantes que précède et que suit un écoulement muco-purulent, une sorte de leucorrhée anale, ces souffrances réitérées affaiblissent le malheureux dont la face prend bientôt une pâleur de cire ; ses lèvres se décolorent ; il a des vertiges, des étourdissements, des battements de cœur, et cette anémie peut être assez rapide pour que la vie en soit sérieusement menacée. »

Outre les complications nerveuses, le nervosisme extrême, l'hypochondrie, les changements de caractère, les insomnies, les hémorrhoïdes peuvent amener des complications locales, des ulcérations anales, des abcès, des phlegmons, de la rectite muco-membraneuse, et il n'est pas absolument démontré qu'elles ne soient pas quelquefois suivies d'épithélioma rectal.

La rectite et l'entérite membraneuses, par la diarrhée et la dépression morale qu'elles provoquent, amènent souvent un dépérissement, une cachectisation considérable, et l'année dernière encore, nous avons eu l'occasion de soigner la parente d'un de nos célèbres chirurgiens, qui était tellement anémiée et d'apparence si cachectique que plusieurs confrères l'avaient considérée comme atteinte d'un néoplasme intestinal.

Les lavements boriqués, les lotions chaudes à 48° ou 50°, les applications locales de vaseline cocaïnée, le calomel à l'intérieur et le régime lacté accompagné de vin de champagne, ont eu entièrement raison de cette grave complication. Nous devons dire, à ce propos, que la guérison est singulièrement favorisée dans ces cas par une ou plusieurs saisons aux eaux minérales des Vosges.

Toutefois, la cachexie hémorrhoïdaire est souvent trop profonde pour que la médecine puisse en triompher avec ses seuls moyens ; la chirurgie doit alors intervenir.

B. Traitement chirurgical. — M. Reclus décrit ainsi le procédé dont dispose la chirurgie et qui lui paraît être de beaucoup le meilleur. C'est la *dilatation anale forcée*.

« Imaginée par Récamier, simplifiée par Maisonneuve, cette méthode n'était pas entrée dans la pratique ; on y recourait pour la fissure, on l'ignorait pour les hémorrhoïdes, lorsque, en 1877, Fontan publia un mémoire qui, peut-être, aurait eu le sort des recherches de Maisonneuve, si M. Verneuil ne s'était emparé de la question et ne lui avait donné l'appui de sa haute autorité et de sa grande pratique. Depuis, la dilatation a pris son essor ; on ne compte plus les travaux qu'elle a suscités ; et elle est d'usage si courant qu'il n'est pas de médecin qui n'ait eu recours à la méthode. Seuls les procédés en varient un peu, et tandis que certains chirurgiens, comme Nélaton et M. Guyon, préfèrent la dilatation forcée à l'aide des pouces ou des index, d'autres, comme M. Verneuil et Trélat, ont préconisé l'emploi du spéculum.

« On sait comment se pratique la dilatation avec les doigts : le patient n'est pas soumis à l'anesthésie chloroformique ; il est couché, dans la position classique pour l'examen de l'anus, et le chirurgien introduit, dans l'orifice rectal, les deux pouces ou les deux index juxtaposés dos à dos. Lorsqu'ils sont bien arrivés jusque dans l'ampoule, on les recourbe un peu pour accrocher le rebord supérieur du sphincter, puis on les écarte brusquement et d'un effort énergique, jusqu'à ce que les branches ischio-pubiennes les arrêtent. M. Guyon appuie sur la nécessité de surprendre le malade, de façon à déchirer le sphincter qui résiste. Nous n'adoptons pas ce procédé : d'abord, il est horriblement douloureux. Déjà l'introduction des doigts est pénible dans cet anus encombré d'hémorrhoïdes turgescentes et souvent enflammées ; que dire alors de la souffrance que provoque la rupture du sphincter ! Et puis on ne réussit pas toujours ; le patient s'agite, se dérobe, échappe à la première tentative et ne veut plus se soumettre à la seconde. »

Avec M. Reclus, nous préférons le procédé de Trélat et de Verneuil, la dilatation forcée au spéculum.

« Après anesthésie complète au chloroforme, on place le malade dans le décubitus latéral, les genoux fléchis, et l'on introduit doucement le spéculum enduit de vaseline ; on en rapproche alors les branches peu à peu, sans secousses, par un effort progressif et avec lenteur. Il faut parfois jusqu'à deux et trois minutes, dit

(1). *Gaz. des Hôp.*, 23 mars 1893.

Trélat, pour arriver à l'ouverture complète du spéculum. Quand vous l'avez obtenue, vous refermez l'instrument sans le retirer, vous le retournez dans un autre sens et vous recommencez la dilatation dans ce sens avec les mêmes précautions que la première fois. Cependant, la résistance des sphincters étant déjà, en partie, détruite, ce second temps de dilatation nécessite un effort sensiblement moindre et peut être conduit moins lentement que le premier. »

Les résultats sont généralement remarquables et n'occasionnent aucune infirmité par la suite. La douleur ne dure pas, il n'y a aucune hémorrhagie, aucune incontinence fécale.

Cependant, on observe quelquefois des récidives au bout d'un an ou deux. Dans ce cas, il faut renouveler la dilatation, si les hémorrhoïdes ne sont pas trop volumineuses, ou employer un autre procédé, si leur procidence est trop considérable. Les autres procédés sont la cautérisation ou l'excision. La cautérisation peut se faire par les pinces de Richet (volatilisation), ou par le thermo-cautère de Paquelin. Après l'opération, on applique des tampons iodoformés sur la région et on maintient le pansement par un bandage en T. Le procédé le plus récent et le plus méthodique est l'excision au bistouri suivie de suture. Mais cette opération demande, pour donner de bons résultats, une pratique antiseptique parfaite. Voici comment l'expose M. Reclus : « Un nettoyage irréprochable de la région est nécessaire, les poils sont rasés, les bourrelets lavés au sublimé et à l'alcool, le rectum lavé à l'eau boriquée chaude : la veille on a constipé le malade avec de l'opium (extrait thébaïque).

Après la dilatation de l'anus pratiquée selon les préceptes étudiés plus haut, on saisit avec une pince à pédicule, droite ou courbe et à mors étroits, les hémorrhoïdes procidentes d'un des côtés et on sectionne ce bourrelet avec un bistouri ou même avec les ciseaux courbes. En général, au fur et à mesure que l'on coupe, la muqueuse s'échappe des mors de la pince et tend à remonter vers l'ampoule ; aussi on la prend avec des pinces à forcipressure en l'étreignant, surtout au niveau des points qui saignent, afin d'obtenir une hémostase provisoire. Puis, la section terminée, on juxtapose peau et muqueuse et on suture. Reste le bourrelet de l'autre côté, que l'on saisit et que l'on coupe de la même manière que le précédent. On a donc ainsi laissé, en avant et en arrière de la marge, un segment de peau et de muqueuse non excisé et qui suffit à éviter toute rétraction cicatricielle. On s'arrange d'ailleurs pour ménager les téguments au point où les hémorrhoïdes sont le moins accusées. Aussi la pince ne prend pas toujours le bourrelet dans une direction antéro-postérieure ; elle peut être transversale ou oblique, si les varices sont moins abondantes sur les côtés qu'en avant et en arrière de l'orifice anal.

La suture, qui juxtapose la peau à la muqueuse pour obtenir la réunion, assure aussi l'hémostase et on se contente, pour tout pansement, de mettre, dans le trajet anal et remontant jusqu'à l'ampoule, une mèche de gaze iodoformée ; un tampon d'ouate hydrophile et un bandage en T maintiennent le pansement. » Au bout de 6 jours de constipation indispensable, on donne une petite purgation. Pour ne pas avoir à s'occuper de retirer les fils, on fera bien de ne pas employer les crins de Florence pour les sutures, mais les catguts qui se résorberont d'eux-mêmes quand la réunion sera achevée. Il est un point de détail, sur lequel il est nécessaire d'insister :

Tout le monde sait combien la muqueuse est abondante et lâche en cet endroit ; elle l'est tellement que, lorsqu'on pratique la suture, il faut veiller à ses points et comprendre toujours, entre chacun d'eux, plus de muqueuse que de peau, si l'on ne veut, à la fin, avoir un excès de muqueuse saignante et en saillie. La crainte du rétrécissement est donc théorique. En tout cas, elle est injustifiée si l'on a soin de respecter, en un ou deux points de la marge anale, l'intégrité des téguments.

Plusieurs chirurgiens ont appliqué cette nouvelle méthode avec un plein succès ; il n'y a aucune difficulté dans l'exécution. Tout le secret de la réussite est, répétons-le, dans une pratique rigoureuse de l'antisepsie.

II.

PROPHYLAXIE DES HÉMORRHOÏDES.

Y a-t-il un moyen de se préserver des hémorrhoïdes ? Tout d'abord, il faut tenir compte de la vieille distinction classique d'hémorrhoïdes idiopathiques et d'hémorrhoïdes symptomatiques. Les secondes produites par des compressions, tumeurs pelviennes, grossesse, maladies du foie, polypes, cancer du rectum, cystites chroniques, affections cardiaques et emphysème pulmonaire, ne peuvent guère être évitées directement. C'est la cause qu'il faut supprimer pour ne pas être exposé aux complications. Même dans ces cas, les purgations au calomel, les bains fréquents, la propreté parfaite de l'anus seront salutaires pour empêcher la venue des varices anales.

Mais c'est surtout dans la première catégorie, dans les prédispositions aux hémorrhoïdes idiopathiques, que l'hygiène sera véritablement efficace. Tout d'abord, on doit observer une propreté complète, laver fréquemment la région à l'eau très chaude ; les douches périnéales écossaises sont bonnes, à cet effet. La constipation doit être combattue avec des suppositoires glycérinés, des eaux minérales magnésiennes, de la magnésie, de la rhubarbe, un régime alimentaire suffisamment varié et plutôt végétarien. Les pilules à l'aloës fréquemment répétées peuvent être plutôt nuisibles.

L'alimentation ne sera pas trop épicée, ni trop abondante. Les boissons seront plutôt aqueuses qu'alcooliques ; le vin ne vaut rien aux hémorrhoïdaires, ni aux prédisposés. Au point de vue des sièges, il faut éviter les chaises ou les fauteuils rembourrés ; les meubles en cuir ou en cannage sont plus sains aux personnes qui restent assises de longues heures. Enfin, les défécations seront courtes, et pratiquées dans une posture semi-accroupie. Enfin, les excès vénériens sont nuisibles, en favorisant les congestions permanentes de la prostate et par suite, la stase continuelle dans les veines hémorrhoïdales moyennes.

L'hydrothérapie est, en somme, un excellent moyen préservatif contre les hémorrhoïdes, car

elle favorise par les exercices auxquels elle oblige, et les réactions qu'elle provoque, les échanges nutritifs et la circulation veineuse en général.

Dr Paul Huguenin.

REVUE D'HYGIÈNE

I. Isolement des diphtériques convalescents.

Personne n'ignore plus, à l'heure actuelle, combien il est important d'isoler les malades atteints de diphtérie, et de désinfecter les locaux et les vêtements qui ont pu être contaminés : ce sont des mesures nécessaires que les médecins ne négligent plus d'imposer, et auxquelles les familles se soumettent généralement sans trop de difficulté, lorsqu'on leur en fait saisir l'absolue nécessité. Mais ce qui est beaucoup moins connu, c'est l'utilité de l'isolement des diphtériques pendant un certain temps après la guérison. L'attention vient d'être attirée là-dessus par une intéressante communication du Dr Eug. Deschamps à la Société de médecine publique.

Le travail du Dr Deschamps est basé sur deux faits absolument identiques. Deux enfants sont atteints de diphtérie ; on les fait entrer dans le service d'isolement d'un hôpital d'enfants. La désinfection est faite très complètement par les étuves municipales, et les autres enfants restent absolument indemnes. Au bout de douze jours dans un cas, et de huit jours dans le second, les petits malades sont renvoyés dans leurs familles, guéris ; leurs vêtements ont été désinfectés à l'hôpital : il y a lieu d'espérer que tous les germes diphtériques sont détruits, et qu'il ne se produira aucune nouvelle atteinte. Et cependant, voici, au bout de dix jours, de six jours après le retour des convalescents, une petite sœur, un frère qui sont à leur tour victimes du même mal et transportés à l'hôpital.

Dans ces deux cas, il est très probable que ce sont les malades guéris qui ont contagionné les autres enfants ; et l'étude des détails de ces deux observations n'apporte aucun fait qui vienne contredire cette hypothèse très vraisemblable. Il n'y a d'ailleurs là rien qui doive nous surprendre : Roux et Yersin ont montré que le bacille diphtérique persiste dans la gorge des sujets guéris de diphtérie, et persiste avec toute sa virulence. On a pu, treize jours après la guérison, obtenir des colonies nettement virulentes pour les animaux inoculés. Parmi les faits cliniques antérieurs rapportés par le Dr Deschamps, le suivant semble absolument concluant : deux enfants atteints de diphtérie, ayant été mis en quarantaine pendant un mois, retournèrent à l'école au bout de ce temps ; une semaine plus tard, neuf cas de diphtérie apparaissaient dans des fermes qui toutes envoyaient leurs enfants à l'école. M. Bard, dans une étude sur l'épidémie d'Oullins, parue en 1889, dans le *Lyon médical*, cite un certain nombre de faits, où ce sont des convalescents qui ont été la cause d'un certain nombre de cas diphtériques.

Mais le Dr Deschamps fait remarquer très justement que dans ces derniers cas on peut incriminer les vêtements ou les linges comme intermédiaires de la contagion. Au lieu que dans les deux faits rapportés par lui, la désinfection des locaux, des linges et des vêtements avait été faite soigneusement. Le peu de temps passé par les malades à l'hôpital prouve que la guérison ne remontait qu'à quelques jours, lorsqu'ils ont été rendus à leurs familles. Ils étaient guéris, mais encore contagieux ; et il est très vraisemblable de penser que ce sont eux-mêmes qui ont contaminé les deux autres enfants.

La conclusion tirée par M. Deschamps, c'est que, puisqu'il est prouvé que, 15 jours après la guérison, la bouche d'un enfant diphtérique peut contenir des germes virulents, il serait nécessaire qu'on ne renvoyât pas cet enfant dans sa famille, immédiatement après la disparition des fausses membranes. « L'isolement des convalescents, qui n'est jamais pratiqué, dit Bard, est le plus indispensable de tous. Il est bon de tenir le convalescent éloigné des autres enfants pendant un mois au moins, dit le Dr Bourges dans son excellent ouvrage sur la diphtérie. Cet isolement du convalescent, les pouvoirs publics le proclament, et une circulaire de M. le ministre de l'Instruction publique du 1er mars 1888 prescrit d'isoler strictement de leurs camarades tous les élèves atteints de diphtérie, et cela pendant 40 jours. »

La conclusion tirée par le Dr Deschamps, c'est qu'il est regrettable qu'il n'y ait pas des maisons de convalescence où l'on pourrait envoyer les malades guéris d'une maladie infectieuse grave comme la diphtérie, la scarlatine, etc., alors qu'il en existe pour des convalescents de maladies dont la contagion n'est nullement à craindre ; le séjour à la campagne dans ces conditions, serait profitable au malade, et permettrait de faire disparaître les dangers de contagion nouvelle par une voie dont on ne se défie pas suffisamment.

II. Nouveau dispositif d'aération automatique.

Si les hygiénistes se préoccupent, avec juste raison, des qualités nécessaires à l'eau potable, et font tous leurs efforts pour améliorer l'eau destinée à la consommation, ils n'oublient pas non plus l'utilité qu'il y a à permettre le renouvellement de l'air vicié par la respiration. On peut même dire que ce sont là les deux grands desiderata de l'hygiène moderne, air pur et eau potable ; percement de larges voies, bien aérées, et adduction d'eau de source de bonne qualité ; *propreté, asepsie en tout et partout,* telle est vraiment la formule victorieuse.

Pour permettre de respirer toujours de l'air pur, dans les chambres, surtout dans les chambres destinées aux malades, et dans celles où se trouvent réunis un certain nombre d'individus, dortoirs, casernes, hôpitaux, on a imaginé bien des systèmes, depuis la simple imposte mobile existant au-dessus des fenêtres, jusqu'aux divers systèmes très compliqués de vitres perforées. La plupart ont l'inconvénient de donner de véritables douches d'air froid, et de laisser passer des gouttes d'eau quand il pleut ; de plus, leur prix de revient est généralement élevé.

M. le Dr Castaing, médecin-major de première classe, a imaginé un dispositif simple et peu coûteux, qui est exempt des reproches que nous venons d'adresser aux autres appareils actuellement existants. En voici la description :

« Une première vitre, vitre extérieure, est placée dans sa feuillure, comme elle l'est actuellement dans toutes les fenêtres, mais avec cette particularité qu'elle est coupée *trop courte*, de façon à ménager un espace de 4 centimètres environ entre son bord inférieur et la partie inférieure de la feuillure ; cette vitre n'est donc maintenue que par trois bords, le bord supérieur et les deux bords latéraux. Une deuxième vitre, vitre intérieure, est placée du côté de la chambre (la fenêtre étant fermée), dans une feuillure pratiquée de telle façon que les deux vitres soient séparées l'une de l'autre d'environ 8 à 10 millimètres ; mais, contrairement à la vitre extérieure, cette vitre intérieure est maintenue dans sa feuillure par son bord inférieur et ses deux bords latéraux ; coupée *trop courte* également, son bord supérieur n'atteint pas la feuillure supérieure, dont il est séparé d'environ 4 centimètres. Cette distance entre le bord libre de la vitre et le bord de la feuillure peut être augmentée de 3 ou 4 centimètres sans nuire au fonctionnement du système. On obtient ainsi plus de facilité pour le nettoyage (1) ».

Ce système d'aération est aussi simple que possible, et peu coûteux, car ces vitres sont fixées comme les vitres ordinaires, avec des pointes et du mastic. L'aération se produit facilement par la pénétration de l'air extérieur à la partie inférieure ; il passe entre les deux lames de verre pour se répandre dans la chambre par l'espace laissé libre à la partie supérieure de la vitre interne.

Ce dispositif a été expérimenté déjà depuis plusieurs années et a donné d'excellents résultats, les gouttes de pluie ne pouvant pénétrer dans les chambres, même avec les vents les plus violents, et les hommes ne se plaignant jamais de recevoir des douches d'air froid, comme avec les autres dispositifs. Il est bon, dans la pratique, d'établir plusieurs dispositifs de ce genre, surtout à la partie supérieure des fenêtres.

Il y a cependant un léger inconvénient, c'est que le nettoyage de ces deux vitres n'est pas d'une commodité parfaite, en raison du peu de distance qui les sépare. On est, en effet, obligé pour les nettoyer, d'introduire un bâtonnet muni d'un chiffon, qu'on promène sur les surfaces intérieures, mais généralement sans arriver à un autre résultat que de les faire paraître plus sales. On ne peut mieux les comparer qu'aux verres du *Festin ridicule* décrit par Boileau,

Où les doigts des valets, dans la crasse tracés,
Montraient suffisamment qu'on les avait rincés.

Cet inconvénient a paru assez grand au Dr Dardignac, médecin-major de 1re classe, pour qu'il essayât d'y porter remède. Il est vrai qu'il y ajoute une autre raison, qui est le bris fréquent d'une des vitres, dans les tentatives de nettoyage, et on sait qu'il n'y a pas de petites économies, surtout à la caserne. Le principe de la modification à apporter était tout simplement dans la mobilisation de l'une des vitres ; mais il fallait appliquer ce principe d'une façon simple et peu coûteuse. Le Dr Dardignac croit avoir résolu ce problème au moyen du système suivant (1) :

La vitre intérieure est plus large que la vitre extérieure et la déborde de 15 millimètres de chaque côté ; elle est encadrée dans un châssis incomplet, c'est-à-dire composé seulement de deux montants latéraux, réunis par une traverse inférieure, qui la reçoit par glissement de haut en bas. Ce châssis, en bois dur et solide, est simplement appliqué sur le montant de la fenêtre, et, par conséquent facile à adapter partout. Le Dr Dardignac évalue le prix de ce dispositif à 30 centimes environ. Les expériences faites ont, paraît-il, donné d'excellents résultats.

Il nous paraît cependant que si cette disposition a l'avantage de permettre un nettoyage facile des deux vitres, elle a cependant quelques inconvénients qui ne sont pas négligeables. D'abord, l'enlèvement et le maniement fréquent de la vitre intérieure l'expose forcément, malgré toutes les précautions, à être brisée assez souvent dans une chute malencontreuse, d'autant plus que ceux qui seront chargés du nettoyage ne seront pas sous la direction immédiate du Dr Dardignac, comme ils le sont dans l'infirmerie où ce système a été expérimenté ; mais il serait vraiment extraordinaire qu'elle n'échappât pas des mains, de temps à autre. Sous ce rapport, il nous semble donc que ce dispositif n'offre pas un grand avantage sur l'inamovibilité du dispositif Castaing.

De plus, il paraît difficile d'obtenir une adhérence efficace entre la vitre mobile et le châssis ; et l'inventeur se rend bien compte qu'il y a là un point faible, puisqu'il conseille d'interposer dans ce cas une mince bande de flanelle. Mais s'il y a besoin d'une surveillance continuelle et de soins minutieux pour empêcher l'air et les gouttes d'eau de passer par les fissures, tout le bénéfice de l'appareil Castaing se trouve perdu ; et la plus grande propreté des vitres ne compense guère les inconvénients de cette disposition nouvelle.

En résumé, le plus simple nous paraît le meilleur : il est préférable de s'en tenir aux deux vitres inamovibles, comme l'indique le Dr Castaing, en augmentant un peu, si possible, la distance qui les sépare. Inutile d'ajouter qu'il faut limer le bord libre des vitres, pour éviter qu'elles ne soient tranchantes.

Dr P. HERVOUET.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La patente des Médecins.

On sait que le Sénat avait, lors de la première discussion du budget, repoussé l'augmentation du quinzième au douzième de la patente des professions libérales dans les villes de plus de 100,000 habitants.

La Chambre des Députés ayant à son tour rejeté les modifications votées par le Sénat et maintenu ses décisions antérieures, une sorte de compromis a dû s'établir entre les deux Assemblées et malheureusement la patente des

(1) *Revue d'Hygiène* (janvier 1893).

(1) *Revue d'Hygiène* (mars 1893).

médecins ne figure pas dans les concessions faites par la Chambre des Députés : c'est le Sénat qui a dû sacrifier ses préférences..... et nos intérêts.

Il nous a paru intéressant de donner le compte rendu in extenso de la discussion au Sénat.

Séance du 26 avril 1893.

M. Bardoux. Messieurs, je voudrais présenter au Sénat quelques observations sur l'augmentation, proposée par la commission du Sénat, d'accord avec le Gouvernement, de la patente sur les professions libérales.

Je voudrais demander au Sénat de maintenir sa première résolution en m'appuyant sur les mêmes motifs que la commission avait indiqués dans son rapport, pour faire écarter une première fois cette augmentation.

Vous savez, messieurs, qu'actuellement, les professions libérales ont à payer une patente d'un quinzième, chiffre fort respectable. La Chambre des députés avait décidé qu'elles seraient passibles du taux d'un douzième pour tous les locaux soumis au droit proportionnel « lorsque, exerçant leur profession, les patentables occupent dans la ville de Paris des locaux imposables d'une valeur locative totale de plus de 3,000 fr.

« Pareil rehaussement de taux devait être subi par les mêmes patentables dans les villes de plus de 100,000 âmes, dès que la valeur locative excéderait 2,000 fr. »

Lorsqu'elle eut à s'expliquer sur cette modification qui portait atteinte à un grand principe, le principe de la proportionnalité et qui introduisait, dans la patente des professions libérales, le principe de la progression, la commission des finances du Sénat s'exprima ainsi :

« La majorité de la commission ne croit pas que le relèvement voté par la Chambre pour la patente des avocats, médecins, notaires et autres personnes exerçant des professions liberales, soit justifié.

« Elle pense qu'il n'y a pas de raison de soumettre les patentables dont le loyer dépasse un certain chiffre à un tarif plus élevé, parce que l'élévation du loyer tient souvent à des causes étrangères à l'exercice de la profession et que la taxe prendrait ainsi un caractère progressif. On a fait remarquer, en outre, que le relèvement, sensible pour chaque patentable, ne procurerait au Trésor qu'un supplément de ressources très faible et dans tous les cas hors de proportion avec l'impression fâcheuse que la surtaxe produirait chez les assujettis. »

Le Sénat, adoptant ces motifs, s'était associé à la proposition de la commission.

La Chambre des députés a rétabli son ancien texte, et votre commission, revenant sur son opinion, vous propose à son tour, d'accord avec le Gouvernement, une nouvelle résolution qui, peut-être, dans son intention, ne devait pas constituer une aggravation, mais qui pour nous en constitue une sérieuse.

Voici, en effet, ce que décide votre commission ; elle vous propose que, par exception, les patentes des professions libérales soient passibles du taux du douzième au lieu du quinzième pour tous les locaux soumis au droit proportionnel :

1° Lorsque, exerçant leur profession à Paris, les contribuables occupent, soit dans cette ville, soit ailleurs, des locaux imposables d'une valeur locative de plus de 4,000 francs ;

2° Lorsque, exerçant leur profession dans une autre ville de plus de 100,000 âmes, ils occupent soit dans cette ville, soit ailleurs, des locaux imposables d'une valeur locative totale de plus de 2,000 fr.

La modification de la rédaction adoptée par la Chambre est donc celle-ci : A Paris, au lieu de se baser sur des locaux d'une valeur locative totale de 3,000 fr., on a haussé le chiffre à 4,000 fr.

Messieurs, le Sénat reconnaîtra avec sa commission que c'est l'introduction dans une loi fiscale d'un principe, qui est l'opposé de toute justice : la progression.

Jusqu'à cette heure, la loi des patentes était basée sur la proportionnalité des bénéfices présumés, et, vis-à-vis des professions libérales, comme il était difficile de savoir quels étaient les bénéfices, on avait pris comme signe apparent la valeur du loyer, et le chiffre du quinzième avait été adopté.

Ce n'est pas sans difficulté qu'on était arrivé à taxer ainsi les professions libérales. M. le rapporteur, dans l'historique qu'il a dû faire de la question, nous disait qu'en 1844, lorsque pour la première fois on voulut frapper d'une patente les professions libérales, elles firent observer que leur situation ne pouvait pas être assimilée à celle des industriels et à celle des négociants ; qu'il était impossible de les imposer les unes et les autres conformément à l'égalité proportionnelle — c'est M. le rapporteur qui le dit. — On avait reconnu que les professions libérales exigeaient des études longues et dispendieuses, que certaines d'entre elles comportaient des cautionnements et des droits de transmission.

Néanmoins, messieurs, en 1850, la législation fut remaniée contre elles, et en 1871, l'Assemblée nationale, à son tour, s'efforça de trouver une ressource dans une modification de la loi des patentes.

Mais que fit-elle ? Elle reconnut, comme le législateur de 1844, qu'on ne pouvait pas assimiler les professions libérales aux professions industrielles et commerciales, et que, par conséquent, on ne pouvait pas les classer sous le tarif A, qu'elles ne pouvaient pas être soumises à un droit fixe, mais à un droit proportionnel. On ne les atteignit donc que par un droit proportionnel, et ce droit proportionnel fut élevé au quinzième en prenant pour base le prix du loyer.

Lorsqu'en 1880 on remania encore la législation sur les patentes, le Sénat et la Chambre des députés furent d'accord pour considérer que ce chiffre du quinzième était un chiffre qui, dans les grands centres, représentait une somme considérable et qu'il ne fallait pas y toucher.

Aujourd'hui la commission vous propose une modification, et voici dans quels termes M. le rapporteur s'exprime :

« Le Gouvernement exprime le désir que la commission accepte le vote de la Chambre sur le relèvement de la patente des professions libérales (tableau D). La commission s'était trouvée très divisée à l'origine sur ce point. Elle a cru, après un second examen, devoir, à la majorité, donner cette satisfaction au Gouvernement et à la Chambre, en élevant toutefois à 4,000 fr. pour Paris, le chiffre de loyer au-dessus duquel le taux du douzième sera applicable. »

Messieurs, je crois que je convaincrai le Sénat, s'il veut bien me prêter un instant d'attention, que cette mesure froisse le principe de la proportionnalité. La commission l'avait déclaré dans son premier rapport, et c'est tellement évident que je n'ai pas à insister sur ce point.

Toutes les fois qu'on vient indiquer qu'à partir d'un chiffre, arbitrairement choisi, qui représente soit les bénéfices, soit la valeur d'un loyer, un taux de patente sera ou doublé, ou triplé, ou augmenté d'un tiers ou d'un quart, évidemment on fait de l'arbitraire et on entre dans le régime de la progression. Ceci n'est pas douteux et ne peut pas être nié.

A ce premier point de vue, défenseur de la justice en matière d'impôt, j'ai la conviction profonde que le Sénat n'entr'ouvrira pas la porte à l'arbitraire. (*Très bien ! très bien ! sur divers bancs.*)

S'il le faisait, on arriverait à des résultats qui ne peuvent être calculés. Cela est si vrai que M. le rapporteur lui-même disait, toujours dans son premier rapport :

« La patente doit être proportionnelle aux bénéfices présumés. Dire que si ces bénéfices atteignent

une certaine limite arbitrairement fixée, la patente sera doublée ou triplée sur l'excédent, ce n'est plus faire de la proportionnalité, c'est faire de la progression; c'est précisément donner à l'Etat et aux partis politiques qui le gouvernent alternativement le moyen de détruire la liberté du travail, de confisquer plus ou moins complètement les résultats de l'industrie, de se faire juge et arbitre des concurrences. »

Et le rapporteur dit encore plus haut : « On pourrait alors se servir de l'impôt comme instrument de combat. » (*Approbation sur divers bancs.*)

Ce sont les raisons qui, tout d'abord, me font insister pour que le Sénat n'accepte pas la proposition de la commission et du Gouvernement.

Mais, j'ai besoin, messieurs, d'entrer dans quelques détails, de vous placer en présence des faits, et je crois qu'en dehors du principe, les faits que je désire vous faire connaître sont tels que le Sénat n'hésitera pas à suivre sa commission dans sa première résolution et à la maintenir.

Parmi les professions libérales qui certainement devraient donner le plus comme chiffre de patente se trouvent en première ligne les médecins, en seconde ligne les avocats, et enfin les officiers ministériels.

Messieurs, je voudrais bien vous prémunir contre votre imagination. (*Sourires.*)

Lorsqu'il s'agit à Paris des médecins, on s'imagine qu'ils gagnent tous des sommes considérables. (*Interruptions.*)

M. le rapporteur général. Nous le savons bien, nous qui sommes leurs malades. (*Rires.*)

M. Bardoux. Sur 1,800 médecins, une centaine gagnent beaucoup d'argent, je le reconnais; 200 à 300 vivent honorablement, mais plus de la moitié peuvent difficilement élever leurs familles. Voici ce que disait l'Association syndicale professionnelle des médecins du département de la Seine :

« Le loyer du médecin augmente le plus souvent en raison directe du nombre de ses enfants et non en raison directe de sa clientèle. »

C'est parfaitement exact.

Et ces mêmes médecins, en présence du projet d'augmentation de leur patente relèvent dans un document que j'ai en mains l'oubli qui a été fait des services qu'ils rendent à la société et ils ajoutent :

« Est-il équitable de vouloir grever d'une nouvelle charge pécuniaire la profession médicale, qui paye déjà un si large tribut à la société, en lui sacrifiant gratuitement ou à peu prés, son temps, sa santé et quelquefois sa vie dans les hôpitaux, les dispensaires, les cliniques, les bureaux de bienfaisance, etc. ? »

Par conséquent, messieurs, frapper les médecins, dans une ville comme Paris, d'une taxe qui représente une augmentation de plus du quart, je dis que c'est les charger d'une façon inusitée.

Et ce n'est pas les charger uniquement, au point de vue professionnel. Ils vous le disent : lorsqu'un médecin a plusieurs enfants, il est impossible, à Paris, de ne pas dépasser un loyer de 4,000 fr. Une chambre de plus donne à l'appartement une plus-value de 500 à 1,000 fr. Il en résulte que la surélévation de la patente constitue, pour les médecins, une taxe proportionnelle au nombre de leurs enfants. C'est donc, en réalité, un impôt sur la paternité que l'on va créer... (*Rires*) dans les villes dont la population dépasse 100,000 habitants.

Voilà, messieurs, ce que font observer les médecins, et ils ajoutent :

« Cet impôt atteindra la moitié au moins des personnes qui exercent des professions libérales à Paris et beaucoup de celles qui habitent les grandes villes de province. »

Quant au barreau.................................

Vous atteignez le père de famille qui est obligé d'avoir un grand logement, et, au point de vue de la dignité professionnelle, vous le mettez dans une situation inférieure à celle de ses confrères célibataires.

Enfin, messieurs, permettez-moi d'ajouter, en terminant, que la proposition du Gouvernement frappe les hommes les plus éclairés du pays : s'il y a dans l'opinion publique des hommes qui comptent, permettez-moi de vous le rappeler, ce sont les médecins et les avocats. Cette proposition les frappe sans profit pour le Trésor ; et pour atteindre leurs ressources, elle introduit dans la loi fiscale un principe qui ne devrait jamais y être inscrit : la progression ! (*Vive approbation sur un très grand nombre de bancs.*)

C'est au nom des principes d'équité et de proportionnalité que je demande au Sénat de maintenir sa première résolution. (*Très bien ! et applaudissements sur les mêmes bancs.*)

M. Boutin, directeur des contributions directes et commissaire du gouvernement, répond que lors de l'établissement des patentes sur les professions libérales, en 1844, on aurait dû, par assimilation avec les autres professions qui paient un droit fixe, fixer le droit proportionnel *au dixième.* Il n'y a donc rien d'extraordinaire à demander seulement le douzième et dans les seules villes qui comptent plus de 100,000 habitants.

Je me résume, messieurs, en disant qu'on pourrait appliquer le taux du douzième à tous les patentables du tableau D, et que, par un sentiment de modération auquel le Sénat rendra justice, on se borne à demander l'application de ce droit à ceux seulement de ces patentables qui ont une situation véritablement supérieure, attestée par la possession d'appartements et de locaux professionnels dont la valeur relativement élevée constitue un signe visible de l'importance de la profession exercée par ceux qui les occupent.

L'honorable M. Bardoux a dit que l'importance d'un appartement se mesurait souvent d'après le nombre des enfants. Cela est évident ; mais cette constatation n'est pas spéciale aux patentables du tableau D. J'imagine qu'il y a beaucoup de commerçants passibles de la patente, qui ont également une nombreuse famille. Vous ne voulez pas, je suppose, mettre aujourd'hui en discussion cette grosse question qui consiste à savoir et il faudra bien arriver un jour à l'examiner — s'il n'y a pas lieu de tenir compte, dans la base de l'impôt direct, de la situation spéciale aux contribuables qui ont un grand nombre d'enfants. Mais, je le répète, il est évident que l'objection soulevée par l'honorable M. Bardoux n'est pas spéciale aux patentables du tableau D.

J'en ai trop dit, je crois, et je m'arrête en demandant au Sénat de vouloir bien accepter la disposition transactionnelle qui lui est présentée par la commission des finances, d'accord avec le Gouvernement. (*Très bien !*)

M. le professeur Cornil vient alors soutenir l'amendement :

Messieurs, je vous demande la permission de répondre en quelques mots aux observations que vient de vous présenter M. le commissaire du Gouvernement. J'attendais de lui qu'il nous donnât de bonnes raisons, et, je l'avoue, je n'en ai pas trouvé dans son discours (*Très bien ! très bien ! sur quelques bancs au centre et à droite.*)

En effet, que dit-il? Que, pour compenser le droit fixe, il aurait fallu imposer les professions libérales au douzième. Pourquoi ?

Y a-t-il une analogie, une comparaison à établir entre les professions libérales qui figurent au tableau D et les commerçants qui figurent au tableau A ? Je n'en vois pas, car un commerçant qui a magasin ouvert sur rue n'a d'autre but que de vendre du matin au soir sa marchandise.

Les personnes qui appartiennent aux professions

libérales, — permettez-moi de vous le rappeler, — n'ont pas seulement acheté une suite de commerce ; elles ont préparé leur situation par un grand nombre d'années de travaux et d'études personnelles. (*Très bien! très bien!*)

Elles ont dépensé beaucoup de temps et d'argent pour acquérir la notoriété ou les connaissances nécessaires à l'exercice de leur profession. Comme vous le disait très bien l'honorable M. Bardoux, il y a un instant, les avocats ont la charge de l'assistance judiciaire, les médecins doivent aussi soigner gratuitement une grande partie de leur clientèle et il n'en est pas qui ne s'acquittent avec dévouement de ce devoir humanitaire. Je ne crois pas qu'il y ait de similitude à établir entre eux et les commerçants du tableau A.

M. Boutin, *commissaire du Gouvernement*. Mais la loi existe depuis 1850 !

M. Cornil. Je ne vous ai pas interrompu, monsieur le commissaire. Je dis qu'il n'y a pas d'analogie à établir entre ces différentes catégories de patentables.

Mais, de plus, parmi les membres des professions libérales, il en est beaucoup dont le chiffre de bénéfices est presque nul ; ce sont ceux qui sont nouveaux dans leur profession, ceux qui sont âgés, ceux qui, ayant trouvé une situation à côté, ne veulent cependant pas abandonner complètement leur profession originaire. Il y a là une série de catégories distinctes que vous ne trouvez pas dans les patentables du tableau A.

M. le commissaire du Gouvernement nous disait : « C'est par un désir de transaction que la commission des finances du Sénat a porté à 4,000 fr. le chiffre au-dessus duquel les patentables seraient imposés dans la ville de Paris, et à 2,000 fr. le chiffre auquel ils le seraient dans les communes supérieures à 100,000 habitants.

Je ne vois pas où est l'avantage de ce que nous propose actuellement la commission des finances, car, pour ce qui est des médecins patentés à Paris, j'affirme que la moitié d'entre eux au moins payent au-dessus de 4,000 fr., et ce sont ceux-ci qui, précisément, ont une famille un peu nombreuse.

J'ai entendu quelques rires, tout à l'heure, à propos du nombre des enfants... (*Mais non!*)

Pourtant ce n'est pas risible, messieurs. Il me semble qu'aucun de vous ne veut s'opposer à ce que le médecin ou l'avocat ait une famille nombreuse. (*Hilarité.*)

M. le marquis de l'Angle-Beaumanoir. Au contraire !

M. Cornil. La dépopulation de la France leur en fait un devoir...

Un sénateur. Cela ne nous regarde pas.

M. Cornil. Comment, cela ne nous regarde pas !

Mais si, cela nous regarde tous. Le pays tout entier et ses représentants ne sont-ils pas intéressés au plus haut point à ce que la population de la France ne diminue point?

Eh bien, je maintiens ceci : c'est qu'il est impossible à un médecin ou à un avocat, et à plus forte raison à un officier ministériel, à Paris, dans les trois quarts des quartiers, de louer un appartement moins de 4,000 fr. quand il a une famille. Cela est possible à un célibataire, mais non à celui qui possède femme et enfants.

Aussi cette élévation à 4,000 fr. du chiffre que vous concédez pour Paris ne nous touche pas. Nous ne pouvons pas vous en être reconnaissants, car c'est un avantage illusoire.

Mais, d'un autre côté, vous frappez très fortement les médecins de toutes les villes au-dessus de 100,000 habitants, comme Lyon, Marseille, Lille, Bordeaux, Nantes, etc., car, parmi eux, il y en a beaucoup qui payent moins de 3,000 fr. de loyer et plus de 2,000 fr.

Parmi les médecins, avocats, notaires, avoués, architectes de ces grandes villes, tous ceux qui ont une certaine surface payent un loyer de 2,000 fr., en sorte que vous frappez beaucoup plus de patentables par cette modification que la commission du Sénat a introduite pour remplacer le projet primitif de la Chambre.

Aussi me semble-t-il que le projet de la commission des finances aggrave encore la proposition primitive de la commission du budget du Gouvernement.

M. le commissaire du Gouvernement nous disait encore : « Si l'on tient compte de la famille et de l'élévation des loyers qui est en rapport avec son extension, il faudrait aussi modifier le tableau A et les autres tableaux des patentables »

Je vous ferai remarquer que, pour les membres des professions libérales, il y a une très grande différence entre leur installation et celle des locaux nécessaires pour toutes les autres professions. En effet, un avocat, un médecin, un architecte, etc., a tout simplement, dans son appartement, un cabinet où il exerce sa profession et une salle d'attente plus ou moins grande.

Il lui faut donc deux pièces dans son appartement, ce qui est très peu relativement aux locaux qu'occupe, par exemple, un commerçant. Là, tout le commerce s'étale dans une série de pièces, et relativement au chiffre des locaux et au nombre des pièces occupées par l'avocat ou le médecin, le nombre de pièces du commerçant est considérable. En d'autres termes, l'installation nécessaire à la famille dans l'appartement pèse davantage sur les professions libérales que sur une autre profession, celle de commerçant, et je ne puis pas admettre l'assimilation qui est faite par M. le commissaire du Gouvernement entre les patentables des professions libérales et ceux du tableau A.

M. Lourties. C'est la raison même !

M. Cornil. C'est pour toutes ces raisons que je vous prie, messieurs, de revenir au vote que vous avez émis récemment et de sanctionner la première décision que vous avait proposée votre commission des finances il y a seulement cinq semaines.

Depuis ce moment, je ne vois pas que les choses aient changé. La commission des finances vous proposait alors de repousser l'élévation au douzième pour les professions libérales. Je puis dire aujourd'hui qu'elle est mal venue à vous demander une augmentation, à moins qu'il ne s'agisse tout simplement d'empêcher un conflit avec la Chambre des députés ; auquel cas je proteste, car j'estime qu'il est injuste de faire cet arrangement au détriment de toutes les professions libérales. (*Très bien!*)

M. Peytral, ministre des finances, intervient à son tour, mais pour soutenir les chiffres votés par la Chambre des Députés.

Messieurs, je crois avoir le devoir de défendre en quelques mots brefs les résolutions qui vous sont présentées par la commission des finances d'accord avec le Gouvernement.

La question me semble suffisamment connue à cette heure pour que je n'aie pas à entrer dans de bien longs détails. Vous savez, en effet, quelle est la situation actuelle : les professions libérales sont imposées d'une patente qui est du quinzième sur la valeur locative.

On propose pour le plus grand nombre de ces professions de maintenir le *statu quo*. Pour une catégorie spéciale des patentables, celle qui comprend d'une part les personnes exerçant des professions libérales dans les villes au-dessus de 100,000 âmes et ayant un loyer de plus de 2,000 fr., et, d'autre part, les personnes exerçant ces mêmes professions à Paris et ayant un loyer supérieur à 4,000 fr., on vous propose d'établir la patente à raison du douzième de la valeur des locaux occupés.

On fait à cette proposition un double reproche. On dit d'abord que si vous la consacrez, vous introduirez dans notre système fiscal le régime de la progression.

Plusieurs sénateurs à gauche. Et cela ne produira rien !

M. le ministre. C'est un troisième reproche, mais

il n'a pas encore été formulé ; si vous le voulez bien, je l'envisagerai après les deux autres. On dit ensuite que les professions libérales doivent être considérées par le fisc avec une bienveillance particulière et qu'il n'est pas juste de les ranger sous la loi commune.

La loi commune en matière de patente, c'est l'établissement d'une taxe qui comprend d'abord un droit fixe et ensuite un droit proportionnel sur la valeur locative. Si vous estimez que pour les professions libérales cette taxe proportionnelle est injuste, et qu'à leur égard elle ne devrait pas être perçue en raison de la valeur locative des locaux occupés, pourquoi ne pas appliquer cette même règle aux autres patentes, et pourquoi les autres professions ne profiteraient-elles pas de la faveur que vous voudriez instituer en faveur des professions libérales ? (*Protestations sur plusieurs bancs.*)

J'insiste sur cet argument, et en dépit des dénégations qui me sont opposées, il me paraît impossible de ne pas reconnaître que le commerçant, quel qu'il soit, étant taxé en raison de la valeur des locaux qu'il occupe, se trouve frappé sur ses charges de famille au même titre que les personnes exerçant une profession libérale. Certes, je le déplore et j'appelle de tous mes vœux le moment où il sera possible de faire dans notre système d'impôts des réformes qui y apporteront plus de justice et d'équité. (*Très bien ! très bien ! sur plusieurs bancs.*)

Je comprendrais qu'on vînt actuellement nous dire qu'il conviendrait, dans l'établissement de la patente aussi bien des professions libérales que de toutes les autres professions, de tenir compte des charges de famille.

Ce n'est pas à l'occasion du budget de 1893 qu'il est possible de proposer des modifications aussi importantes.

On a fait tout à l'heure un reproche à M. le commissaire du Gouvernement, on a paru trouver extraordinaire dans sa bouche une parole qui cependant était très juste. Le commissaire du Gouvernement invitait le Sénat à ne pas perdre de vue les circonstances dans lesquelles nous nous trouvons.

Permettez-moi de reprendre cette pensée ; nous ne devons pas oublier quels devoirs nous imposent les quatre douzièmes déjà votés, et combien il est urgent d'en finir avec le budget de 1893. (*Rumeurs à gauche.*)

M. Hervé de Saisy. C'est évident !

M. le ministre. Messieurs, je le répète, si l'objection tirée des charges de famille devait s'adresser au régime des patentes, nous serions disposés à vous donner raison ; mais nous ne pouvons pas admettre qu'on se serve de cet argument uniquement pour échapper à une surcharge légère dans ses effets et, suivant moi, nécessaire.

Cette surcharge est nécessaire parce que la situation actuelle ne répond plus à la situation qui était faite aux professions libérales à l'époque où on les a imposées au quinzième de la valeur locative.

Qui de vous, messieurs, viendrait soutenir ici que, depuis vingt-cinq ans, les bénéfices des professions libérales ne se sont pas accrus dans des proportions très larges ? (*Bruit à gauche.*)

Un sénateur à gauche. C'est une erreur !

M. le marquis de l'Angle-Beaumanoir. Mais non, c'est absolument exact !

M. le ministre. Je vous demande, messieurs, de vouloir bien tenir compte de cette simple constatation statistique ; les professions libérales qui, à l'origine, étaient, par le fait de l'imposition du quinzième sur la valeur locative conformément au principe de notre loi des patentes, frappées d'une taxe de 3 p. 100 environ sur les apparences du revenu réalisé par ces professions, se trouvent aujourd'hui frappées d'une taxe inférieure à 1 p. 100.

Un sénateur à droite. Ce n'est pas exact du tout !

M. le ministre des finances. L'imposition actuelle des professions libérales répond à peine à 1 p. 100, alors que celle qui frappe les commerçants s'élève à 3 p. 100. Dans ces conditions, ne vous paraît-il pas de toute justice de demander ce léger sacrifice, qui consiste dans le relèvement du quinzième au douzième du droit proportionnel sur les locaux occupés, à une catégorie de personnes dont je ne veux en aucune façon méconnaître les services, ni les titres qu'elles ont à la reconnaissance du pays, pour la valeur de leurs travaux et pour le lustre que ces travaux font rejaillir sur notre patrie ?

Je reconnais qu'avocats et médecins rendent journellement à la société des services...

M. Buffet. Gratuits !

M. le ministre.... d'ordre humanitaire, mais reconnaissez aussi que lorsque nous aurons pris, parmi ces professions libérales, celles qui, à cette heure, peuvent être considérées comme tenant la tête, puisqu'il ne manque certes pas à Paris d'avocats et de médecins, dont le loyer est inférieur à 4,000 fr... (*Interruptions et bruit à gauche.*)

Je vous demande pardon, messieurs, mais je voudrais que le Sénat me permît d'exprimer toute ma pensée. Ce que je dis ne saurait blesser personne. (*Parlez ! parlez !*)

Il ne me paraît pas possible de laisser croire au Sénat que l'on va demander une aggravation considérable qui pèsera en partie sur les stagiaires, comme l'honorable M. Bardoux le disait tout à l'heure Croyez-vous qu'un stagiaire qui est en situation de payer plus de 4,000 fr. de loyer...

Plusieurs sénateurs. Les stagiaires ne sont pas inscrits au tableau, ils ne payeront pas la patente.

M. le ministre. Je reprends ce qu'a dit M. Bardoux tout à l'heure, et je répète que les stagiaires qui payent un loyer supérieur à 4,000 fr. pourront, sans inconvénient pour eux et pour leur famille, supporter le supplément de charges devant résulter de la nouvelle loi.

Il n'y a pas en cela de progression. Nous ne faisons pas d'investigations pour savoir quelle est la fortune des patentables de cette catégorie ; nous ne demandons pas si le revenu de tel avocat est supérieur à celui de tel médecin. Non, nous restons dans le système actuel, nous ne nous occupons que des signes extérieurs. C'est seulement lorsque ces chiffres établissent un chiffre supérieur à 4,000 fr. que nous demandons un relèvement de taxe.

Il me semble, messieurs, qu'ainsi considérée, la résolution de votre commission, qui a eu l'assentiment du Gouvernement, se défend par elle-même et ne peut être efficacement attaquée par les arguments que l'on a fait valoir.

Elle ne peut pas être envisagée comme une introduction de la progression dans l'impôt ; elle ne peut pas être considérée non plus comme faisant supporter aux professions libérales des charges que n'auraient pas à supporter d'autres contribuables.

Il me paraît enfin indispensable que le Sénat veuille bien comprendre que c'est dans un esprit de transaction, dont je ne veux certainement pas exagérer la portée ni l'importance, mais qu'on me permettra bien de signaler ici, que c'est pour aider à ces solutions communes que nous recherchons et que vous désirez comme nous, nous en sommes convaincus (*Très bien ! très bien !*), que nous vous avons proposé un terme moyen entre les résolutions de la Chambre des députés et les résolutions primitives du Sénat. C'est ce terme moyen que le Gouvernement vous demande de sanctionner par votre vote. (*Approbation sur un grand nombre de bancs.*)

M. le rapporteur général. La commission est d'accord avec le Gouvernement, et par les mêmes motifs que vient d'indiquer M. le ministre. (*Très bien ! très bien !*)

M. le président. Il y a, sur cet article, un amendement de MM. Bardoux et Cornil, qui est ainsi conçu :

« Maintenir le chiffre du quinzième comme taux de la patente pour les professions libérales. »
Je vais consulter le Sénat.

....

Voici le résultat du scrutin :

Nombre des votants.............. 245
Majorité absolue.................... 123

Pour.................... 96
Contre.................... 149

L'amendement n'est pas adopté.

UNION DES SYNDICATS

Le secrétaire-général de l'Union rappelle à MM. les Présidents et Secrétaires des Syndicats qu'ils doivent lui communiquer les procès-verbaux de leurs réunions.

Ces bulletins sont publiés au fur et à mesure de leur envoi.

Ils présentent souvent pour les syndicats des autres régions un très grand intérêt, et c'est faire œuvre de solidarité confraternelle que de les envoyer.

REPORTAGE MÉDICAL

Les médecins et étudiants soignés dans les hôpitaux. — Nous avons déjà fait allusion au douloureux incident qui s'est produit quelques jours avant la mort de M. Lallemand, externe de M. Bucquoy. Cette nouvelle victime de notre meurtrière profession n'aurait peut-être pas succombé si on avait continué à lui prodiguer les soins dont, à défaut de sa famille éloignée de lui, l'entouraient ses camarades de l'Hôtel-Dieu.

Le *Conseil supérieur de l'Assistance publique* et son délégué, le Dr Dubrisay, ont encouru une part de responsabilité, mise en pleine évidence par la protestation des internes de l'Hôtel-Dieu, publiée par tous les journaux.

Nous rappellerons le cas d'un officier de santé, qui, dépourvu de ressources, fut amputé à l'hôpital de la Charité.

Après son décès, l'*Assistance publique* réclamait, à sa veuve, les frais de traitement.

Il fallut des démarches pour parvenir à atténuer la rigueur de ces réclamations administratives.

L'Assistance publique ne pourrait-elle obtenir du Conseil municipal un règlement spécial en faveur des médecins et des étudiants en médecine atteints de maladies qu'ils ne peuvent faire soigner chez eux et surtout d'affections contractées en donnant des soins aux malades des hospices et hôpitaux.

Nous reprendrons un jour cette question et nous espérons pouvoir en indiquer la solution.

— Le taux de la patente des médecins et des professions libérales dans les grandes villes a été porté du 15e au 12e. M. *Bardoux* et après lui M. *Cornil* ont combattu, sans succès pour le redressement de cette injustice. Il est loin le temps où la République de 1848 exemptait les médecins de toute patente. On trouvait, à cette époque, que les médecins supportaient, à défaut des autres classes de la Société, tout le fardeau si lourd de l'assistance médicale aux indigents.

A l'heure actuelle et avant d'avoir voté les fonds nécessaires pour l'*Assistance médicale gratuite*, qu'on veut organiser, on augmente la patente médicale d'une portion des médecins ! Nous aurons, en conséquence, lorsqu'il s'agira d'accepter ou de refuser la rétribution réduite de nos visites, de nos soins aux indigents, à nous dédommager des charges qu'on nous impose sans motif, en n'acceptant qu'une réduction moins élevée de nos honoraires.

M. Peytrai, un ministre pharmacien, qui, à ce titre, ne doit pas ignorer que les médecins font des sacrifices journaliers à la chose publique, a adjuré le Sénat de ne pas se rendre aux raisons *d'ordre* sentimental, invoquées par MM. les Sénateurs *Bardoux* et *Cornil*.

Nous aussi, confrères, lorsque nous discuterons le prix de notre intervention dans l'organisation de l'Assistance publique, nous répondrons aux Conseils généraux, qui nous adjureront de traiter les indigents à peu près gratuitement, en vertu du sacerdoce que nous exerçons : MM. les Conseillers, pas de raisons de sentiment : payez bien et vos indigents seront bien soignés ! C'est d'ailleurs une vérité de tous les temps, de tous les pays, pour toutes les professions.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Villevielle, de Marseille, membre du Concours médical.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
Place de l'Ecole de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4.
Vient de paraître :

La stérilité chez la femme et son traitement médico-chirurgical, par le Dr Lutaud, médecin-adjoint de Saint-Lazare, membre de la Société obstétricale. Un vol. in-12 de 300 pages avec 50 fig. dans le texte. Paris, 1893. Prix : 3 fr. 50. Envoi franco contre mandat-poste.

L'auteur a réuni dans un petit volume toute la thérapeutique de la stérilité chez la femme.

Cette thérapeutique, plus chirurgicale que médicale, plutôt locale que générale, est décrite d'après l'étiologie.

M. Lutaud attribue la stérilité à cinq causes principales :

La *stérilité par inaptitude à la copulation* (Vaginisme, persistance de l'hymen, etc.)

La stérilité *par obstacle mécanique à la pénétration du sperme dans l'utérus* (atrésies du col, anomalies de conformation, déplacements utérins, etc.)

La stérilité résultant de la *non rétention du sperme ou de la destruction de l'œuf dans l'utérus* (endométrites, états morbides intra-utérins, etc.)

La stérilité *par inaptitude à l'ovulation et à l'incubation* (maladies de l'ovaire).

Enfin, M. Lutaud admet une *stérilité de cause constitutionnelle et diathésique*. Dans ce chapitre, l'auteur fait rentrer la syphilis, la scrofule, l'obésité et certaines intoxications (alcoolisme, morphinomanie), dont l'action sur l'appareil utéro-ovarien est manifeste.

Dans un chapitre très original intitulé : *La physiologie du coït ; les postures*, l'auteur donne d'intéressants détails sur l'acte initial de la fécondation, sur les différentes positions du col utérin pendant le coït, les fausses routes vaginales, etc. C'est un chapitre délicat que M. Lutaud nous semble avoir traité sans pédantisme, mais en conservant cependant le caractère de dignité que le médecin ne doit jamais abandonner.

Enfin le dernier chapitre, qui est consacré à la fécondation artificielle, contient une statistique intéressante sur les résultats qu'on peut obtenir de cette opération.

Nous pensons que tous ceux qui s'intéressent aux délicates questions soulevées par l'étude de la stérilité chez la femme consulteront ce livre, qui résume fort bien l'état actuel de la science.

Net 2 fr. 80 pour MM. les membres du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année  N° 19 13 Mai 1893

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

La méthode de Brown-Séquard.

Malgré la suspicion dans laquelle nous avons toujours tenu la méthode de Brown-Séquard, nous devons relater les statistiques que M. Brown-Séquard lui-même a fournies à l'Académie des Sciences, d'après les nombreux essais faits par des médecins français et étrangers. Le liquide testiculaire que M. Brown-Séquard a débaptisé et appelé *liquide orchitique*, a été essayé de préférence dans les affections nerveuses chroniques, rebelles à tout traitement. En général, on note bien quelques améliorations, mais point de guérisons et cela se conçoit. L'influence de la suggestion dans ce genre de traitement nous paraît donc de plus en plus manifeste :

Ataxie locomotrice 342 cas ; 314 améliorations. Autres scléroses médullaires 8 à 9 0/0 d'améliorations.

Tuberculose pulmonaire 67 cas ; amélioration, 8 0/0.

Cancer 103 cas (cancers superficiels), amélioration dans presque tous les cas.

Paralysie agitante 27 cas ; 25 améliorations.

Diabète ; amélioration presque constante.

Beaucoup d'autres affections chroniques ont été très améliorées dans presque tous les cas. Par exception, la neurasthénie s'est montrée rebelle dans presque la moitié des cas.

Toutes ces recherches conduisent à émettre les conclusions suivantes :

1° Bien que le liquide orchitique ne possède aucune influence curative directe sur les divers états morbides de l'organisme, il peut, après injection sous la peau, améliorer considérablement les affections, organiques ou non, les plus variées, ou tout au moins en faire disparaître les effets.

2° Ces actions du liquide orchitique sont dues à deux espèces d'influences : par l'une, le système nerveux, gagnant en force, devient capable d'améliorer l'état dynamique ou organique des parties malades ; par l'autre, qui dépend de l'entrée dans le sang de matériaux nouveaux, ce liquide contribue à la formation de nouvelles cellules ou d'autres éléments anatomiques.

Précautions à prendre dans la méthode de Brown-Séquard.

Afin qu'on ne nous accuse pas de partialité, nous tenons à indiquer, à la suite de cette statistique, les principaux conseils que donnent MM. Brown-Séquard et d'Arsonval, pour l'application de leur méthode dans les meilleures conditions :

1° Le liquide orchitique doit être injecté sous la peau.

2° Il ne doit pas être injecté pur ; il serait douloureux et pourrait produire de la lymphangite. Il faut remplir la seringue de Pravaz à moitié seulement d'eau distillée, de nouveau bouillie, limpide, et compléter l'emplissage avec le liquide organique.

3° Tous les vases employés, de même que la seringue, l'aiguille, la peau du malade et les doigts de l'opérateur, devront être soigneusement lavés à l'eau phéniquée à 5 0/0, avant et après l'opération.

4° On doit faire tous les jours une injection de deux grammes au moins de liquide dilué comme ci-dessus. On peut, en général, aller jusqu'à 5, 6, et même 8 grammes par jour, sans inconvénient. Mais cela est bien rarement nécessaire. Si le médecin ne peut faire l'injection quotidienne, il devra en faire, au moins, deux par semaine et injecter alors, de 4 à 8 grammes de liquide dilué, en plusieurs piqûres. Contre l'ataxie locomotrice, la dose doit être de 3, 4 et 5 grammes par jour.

5° L'injection doit être faite, de préférence, à l'abdomen, entre les épaules ou à la fesse. Après avoir fait un pli à la peau, il faut introduire la canule de toute sa longueur sous la peau et presque parallèlement à sa surface ;

6° Comme un effet favorable peut ne se montrer qu'après deux ou trois semaines de traitement, il ne faut pas cesser les injections avant au moins trois semaines, lorsque cet effet ne s'obtient pas ;

7° Il y a nombre d'affections pour lesquelles le traitement doit être continué sans limites qu'on puisse prévoir. C'est le cas pour la tuberculose pulmonaire, le cancer, la maladie d'Addison, la maladie de Parkinson, la lèpre, etc. La sclérose de la moelle épinière (celle des cordons latéraux ou des cordons postérieurs), la myélite, les tumeurs fibreuses de l'utérus, etc., réclament au moins deux ou trois mois de traitement. Il va sans dire que les injections contre la sénilité doivent être continuées jusqu'à la mort ;

8° Le flacon doit être tenu soigneusement bouché, et en lieu frais. Il ne faut jamais introduire d'eau dans le flacon. On devra en cesser l'usage dès qu'il se trouble sensiblement ;

9° Si l'injection était douloureuse, on étendrait le liquide d'un peu plus d'eau. (*Arch. de physiol.*)

Des dégénérescences médullaires dans la paraplégie syphilitique.

D'après les récentes recherches de M. *Sottas*, interne des hôpitaux de Paris, la myélopathie syphilitique débute par une période d'altérations méningo-vasculaires : inflammation des parois vasculaires à laquelle se joignent souvent des gommes miliaires de la pie-mère. Puis survient l'oblitération vasculaire qui détermine le ramollissement d'un territoire plus ou moins étendu de la moelle. Ce ramollissement est suivi d'une période de dégénérescence (*in situ*) et d'une dégénérescence secondaire ascendante et descendante (cordon de Goll, faisceau pyramidal). Il succède une période de réaction du tissu interstitiel conjonctif et névroglique qui aboutit à la cicatrisation du foyer nécrobiotique (période de sclérose).

L'évolution particulière du foyer de ramollissement médullaire, qui aboutit à la sclérose après une période de réaction irritative du tissu interstitiel, tient au régime circulatoire de la moelle. Les artères n'y sont pas terminales, comme dans le cerveau ; la circulation se rétablit par les collatérales et le développement des vasa-vasorum des vaisseaux oblitérés.

Les recherches de M. Sottas tranchent définitivement la question de la nature de la paraplégie syphilitique : il s'agit, dans ce cas, d'un ramollissement de la moelle épinière par thrombose artérielle et non d'une myélite. Le processus est ici le même que dans la syphilis cérébrale. Un point qui est utile à mettre en relief, c'est que si, à la suite du ramollissement de la moelle, il se produit de la sclérose, cela est dû à la circulation collatérale et au développement des vasa-vasorum qui donnent au tissu interstitiel une vitalité suffisante pour s'organiser. La sclérose, qui se produit alors et remplace les tissus nécrobiosés, explique pourquoi il n'existe pas de lacunes comme dans les cas de ramollissement cérébral.

A la suite de ces recherches sur les dégénérescences médullaires, M. Sottas a constaté en outre plusieurs faits fort intéressants de topographie nerveuse dans la moelle :

1° Sur une coupe de la moelle dans la région cervicale supérieure, les fibres longues des différents étages de la moelle forment des triangles inscrits les uns dans les autres. Le plus petit triangle placé à l'extrémité postérieure de la cloison médiane est constitué par les nerfs sacrés. Le triangle le plus grand et en même

FEUILLETON

La médecine thermale au point de vue déontologique

M. le Dr Janicot, de Pougues, a présenté à l'Association syndicale professionnelle des médecins de la Seine le travail suivant sur l'exercice de la médecine thermale au point de vue de la déontologie médicale : nous pensons qu'il intéressera nombre de nos Confrères. Nous avons, en effet, à peu près tous des relations plus ou moins directes avec les médecins d'eaux, et il est bon de connaître ce que l'un des plus distingués d'entre eux pense des devoirs de convenance qui, avant, pendant et après la station thermale, doivent régler leur conduite à notre égard.

Avant la saison thermale.

Visites aux médecins.

Des devoirs envers nos confrères avant la saison thermale ? Cela surprit un peu, l'autre jour, un de mes plus estimables collègues, médecin de ville d'eaux, avec qui j'en causais. « Avant la saison ? interrompit-il aux premiers mots ; mais nous n'avons pas encore reçu de malades ! »

Assurément ; il n'en est pas moins vrai que nous en sollicitons. Or, nous ne pouvons presque jamais le faire sans vous prendre ce quelque chose qui est de l'argent : du temps. De là découlent forcément pour nous certains devoirs de convenance, dont il me paraît opportun de dire quelques mots. « Opportun » devrait même être remplacé par « nécessaire » si je m'en tenais aux plaintes que, dans l'intimité, j'ai entendu exhaler bien des fois, même par les confrères qui nous réservent l'accueil le plus aimable.

Ces devoirs de convenance se résument en ceci : limiter au strict minimum la perte de temps que vous occasionne ce qu'un de mes anciens maîtres appelait « le passage des hirondelles hydrologiques. » « — Je ne vous cache pas, me disait-il, que ça me gâte le mois de mai ! »

Hélas ! cela ne se comprend que trop. Notre excuse, — on s'en cherche toujours, — est non seulement une sorte de nécessité, mais aussi, je vous l'affirme, un ennui parallèle à celui que nous vous causons. Je me hâte d'ajouter qu'il ne vaut pas d'être mis sur le même plan, par cette raison fort simple que, dans la circonstance, c'est vous qui obligez et nous qui sommes les obligés. Il convient, cependant, d'ajouter qu'il y a utilité pour vous, au point de vue clientèle, à pouvoir dire à un malade que vous adressez à un médecin d'eaux, que vous connaissez personnellement ce médecin et qu'il sera entre bonnes mains. De cette façon il n'appréhendera pas d'être envoyé au hasard d'un annuaire ou, comme on dit, au petit bonheur (1).

(1) Réciproquement, je dirais volontiers, et pour des motifs assez analogues, que nous devons toujours, aux yeux des malades, connaître leur médecin. Si on ne le connaît pas *de visu* et par relations directes, il est toujours facile de dire qu'on le connaît de réputation; soit pour avoir lu ses travaux (si sa situation le comporte), soit pour avoir échangé avec lui des *lettres médicales* à propos d'autres malades, — qui l'aimaient beaucoup — soit pour en avoir entendu parler par des confrères — qui en faisaient grand cas — etc.,

temps le plus externe est formé par les nerfs cervicaux. Dans l'intervalle se placent les nerfs intermédiaires.

2º Le cordon de Goll, auquel les physiologistes refusent aujourd'hui toute autonomie, semble cependant devoir être conservé. En effet, d'abord l'embryologie nous montre qu'il possède une certaine individualité (Flechsig), puis, s'il est formé par l'emboîtement des fibres longues qu'il reçoit successivement aux différents étages de la moelle, chacune de ses parties une fois constituée reste immuable dans tout son parcours. Le petit triangle qui correspond aux racines postérieures rassemblées à partir de la région lombaire reste le même jusqu'en haut. Nettement séparé du faisceau de Burdach, il est la base du cordon de Goll et lui donne son individualité à partir de la région dorsale inférieure.

3º Si ce cordon est nettement délimité dans sa partie postérieure, la limite en avant est beaucoup moins précise ; elle peut cependant être représentée par le prolongement du *septum intermedium*. Dans ce cas son extrémité antérieure n'atteint pas tout à fait la commissure grise de la moelle dans la région cervicale supérieure.

4º Les fibres longues des racines supérieures de la moelle sont placées en dehors du prolongement du *septum intermedium* et par conséquent en dehors du cordon de Goll. Elles seraient donc logées dans le cordon de Burdach et aboutiraient dans le bulbe au noyau de ce cordon.

5º Dans les dégénérescences du cordon postérieur, il persiste toujours un petit faisceau en arrière de la commissure grise et de chaque côté en dedans du col de la corne postérieure.

Sur la forme méningitique de la grippe.

Dans le cours de cette épidémie actuelle de grippe, comme dans les précédentes d'ailleurs, nous avons eu l'occasion d'observer chez des enfants en bas âge, de 8 à 15 mois, des phénomènes méningitiques assez nettement caractérisés qui, après quinze ou vingt jours de fièvre intense, aboutirent à la guérison par la quinine et les révulsifs externes. Il est bien évident que nous n'avions pas affaire à des méningites ; la terminaison eût été tout autre. Et cependant la fièvre, le cri plaintif, les alternatives de pâleur et de rougeur du visage, la somnolence, le coma même, la raie méningitique, la constipation, rien n'y manquait pour faire pencher le diagnostic du côté de la méningite vraie ; les vomissements cependant manquaient dans plusieurs cas, ainsi que l'inégalité pupillaire. Mais en présence des autres symptômes, on ne pourrait hésiter à porter un pronostic fatal. Il n'en a rien été, car l'influenza paraît avoir été la seule cause de ces accidents. A cette période de congestion cérébrale ont succédé la congestion pulmonaire et la bronchite grippales, qui ont contribué à amender les symptômes cérébraux. Quoique relativement rares, ces cas doivent être connus du clinicien et l'engager à réserver ses pronostics en pareille occurrence. Les révulsifs et les bains accompagnés de purgatifs et de quinine en lavements, sont les meilleurs moyens à opposer à ces accidents nerveux. Le diagnostic est difficile d'ailleurs ; mais la saison, l'existence concomitante d'une épidémie d'influenza, l'absence de vomissements, seront des signes précieux en faveur de l'hypothèse de grippe à forme méningitique. Ces phénomènes ne s'observent guère que chez les petits enfants.

Quoi qu'il en soit — à mon avis tout au moins — ces visites-là frisent un peu l'indiscrétion lorsqu'elles ne sont pas couvertes par des relations antérieures ou par un mot d'introduction émanant d'une relation commune. En tout cas, elles doivent tourner très court. Je dirais volontiers que nous devons les faire sans nous asseoir ! Si, d'une part, il nous est bien difficile de ne pas demander — en faisant passer notre carte redoutée — un tour de faveur, d'autre part, nous n'avons pas le droit d'oublier que ce tour de faveur mécontente, impatiente souvent — et cela se comprend — vos clients, qui attendent. La seule façon pour nous d'arrêter sur les lèvres, ou dans leur pensée, le très légitime *« encore un médecin ! »* est de leur dire, en nous levant, que nous n'en avons que pour deux ou trois minutes. Bien entendu, il ne suffit pas de le dire ; il faut le faire, à moins d'insistance *réellement voulue* de votre part. Au surplus, étant donné que notre carte a déjà dit qui nous sommes, où nous sommes, où nous exerçons, et le but trop évident de notre visite, deux ou trois minutes ne suffisent-elles pas pour — passez-moi le mot — vous montrer ou vous rappeler notre tête ? (Plusieurs confrères m'ont avoué qu'ils n'adressaient jamais à un médecin d'eaux dont ils ne connaissaient pas la tête.)

Il y a, en outre, à notre disposition, plus d'un moyen de tourner la difficulté. S'il s'agit des sommités de la carrière — professeurs, médecins, chirurgiens des hôpitaux — un procédé excellent pour nous faire connaître d'eux sans les importuner — tout au contraire — consiste à fréquenter leur cours ou leur service. Par-dessus le marché, nous nous instruirons. Ce sera donc tout profit. Et puis nous avons encore — *locus sacer* !—la salle des pas-perdus de l'Académie de médecine dont — grâce à nous — les bustes marmoréens ne voient autant de monde qu'en avril et mai !

S'agit-il, non plus des maîtres, mais des confrères ?

Pour nouer ou entretenir, honorablement et discrètement, des relations avec eux, nous avons les Sociétés de médecine proprement dites et les Sociétés d'intérêts professionnels, comme celle-ci, comme les nombreuses Sociétés d'arrondissement, etc. Et je ne parle pas des dîners confraternels, qui se multiplient à tel point, — à la grande joie des restaurateurs — que bientôt on ne dînera plus chez soi.

Pendant la saison Thermale.

J'arrive maintenant aux questions beaucoup plus complexes que soulève, pendant la saison thermale, la direction de vos malades.

Cette direction nous place parfois en face de problèmes de conduite assez délicats. Il faut, en effet, dans nombre de cas, concilier trois intérêts : d'abord, celui du malade, qui passe avant tout ; ensuite, le vôtre ; en troisième lieu, le nôtre. Or, ils peuvent diverger, du moins en apparence; d'où les difficultés. Je crois, cependant, qu'on arrive à peu près toujours à se tirer d'affaire avec de l'honnêteté, de la droiture, et... un peu d'adresse. « Droit et adroit» n'ont, ce me semble, rien de contradictoire. Ils peuvent marcher de pair, et cette courte devise conviendrait assez bien aux médecins qui exercent dans les villes d'eaux.

Précisons maintenant les espèces, depuis les plus simples jusqu'aux plus compliquées. Le mieux est de

etc., car tout cela est une question de nuances et d'espèces. A supposer que l'on brode un peu, où est le mal ? Et un bien certain résulte pour le malade de la bonne opinion dans laquelle il voit tenu l'homme qui a la garde habituelle de sa santé.

Les accidents liés à l'évolution de la dent de sagesse.

M. le Dr *Dunogier*, de Bordeaux, rapporte une très curieuse observation d'ostéo-périostite suppurée du maxillaire inférieur produite par l'évolution anormale d'une dent de sagesse.

Pour les uns, « la cause des accidents est « exclusivement une ulcération de la muqueuse « gingivale, qui sert de porte d'entrée au germe « infectieux (Linon), » ou bien « une arthrite « alvéolo-dentaire consécutive à la carie (Magi- « tot) » ; pour les autres, « les causes mécani- « ques jouent un rôle très important, et on les « distingue facilement de celles dues à une infec- « tion microbienne (Paul Reclus, séances de la « *Société de Chirurgie*, 22 et 27 juillet 1892). »

L'observation de M. Dunogier semble prouver la possibilité d'accidents infectieux sans l'existence d'une porte d'entrée.

Subitement, à la suite d'un refroidissement, le maxillaire devient douloureux et gonflé au niveau de la première grosse molaire ; la dent examinée est reconnue indemne de lésions. Quinze jours après, un phlegmon est formé, et six semaines après le début, la dent est extraite en partie. Les accidents et les douleurs ne cessent pas. Enfin, 3 mois après, on reconnaît la présence d'une dent de sagesse au niveau de cette première molaire. La dent est extraite et la malade guérit.

Ici, en effet, la tuméfaction du maxillaire est sous la dépendance seule des efforts accomplis par la dent de sagesse, pour effectuer son éruption ; c'est au sein du maxillaire que le *germe infectieux* prend naissance, peut-être bien sous l'influence d'un refroidissement qui aura été le coup de fouet provocateur, sinon indispensable.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

Les fibromes utérins et leur traitement.

Une des plus importantes questions discutées cette année au Congrès français de chirurgie est incontestablement celle des fibromes utérins, et tous les praticiens en comprendront facilement la raison, car il est bien rare de n'en pas rencontrer quand on fait un peu de gynécologie. Une femme sur trois est affligée de fibrome utérin, disent Trélat et Lucas-Championnière. Klob va plus loin ; il a trouvé 40 % de fibromes chez des femmes ayant dépassé cinquante ans.

Mais heureusement, si le nombre des femmes atteintes de fibromes est considérable, le nombre de celles qui en souffrent est relativement modéré. Nous ne partageons pas l'opinion pessimiste de M. *Péan*, à l'égard de ces tumeurs. Pour lui, comme pour M. *Doyen*, les complications des tumeurs fibreuses sont incalculables ; ce sont : les névralgies iléo-lombaires, sciatiques, intercostales, hépatiques, gastriques, utérines, les métrorrhagies ou mieux les ménorrhagies, la leucorrée fétide ; les inflammations de l'utérus ; les inflammations, les suppurations et les kystes des trompes, des ovaires, des ligaments larges ; le péritonisme et les péritonites ; l'hématocèle ; la fièvre, les abcès ; les vomissements, l'anémie, l'inanition, les syncopes, le séjour au lit. Ces manifestations seraient tellement communes qu'elles constitueraient de véritables symptômes ayant trait à la fécondation, à la parturition, à l'accouchement et à ses suites. Les fibromes sont fréquents chez les vierges, ce qui prouve que la grossesse n'est pas nécessaire pour en favoriser la manifestation. Mais, chez

---

les envisager dans l'ordre chronologique, c'est-à-dire en prenant le malade à son arrivée pour ne le quitter qu'à son départ, mais en limitant systématiquement cette étude aux seules choses importantes et véritablement pratiques.

1° *Un malade envoyé à une station n'y vient pas et son médecin est convaincu qu'il y est allé.*

Car il faut commencer par là — un malade que vous avez adressé à telle station et à tel médecin de cette station, et qui vous avait paru absolument décidé à suivre vos conseils, ne les suit pas du tout. Il ne va pas où vous l'aviez envoyé et, par-dessus le marché, il ira vous raconter, après coup, qu'il s'est bien ou mal trouvé de la cure... qu'il n'a pas faite ! Or, vous n'avez naturellement, jamais entendu parler de lui par le médecin auquel vous l'aviez confié et qui, par suite, sans le mériter le moins du monde, passe à vos yeux pour ce qu'il n'est pas : un monsieur médiocrement élevé, d'abord ; un confrère négligent, ensuite. J'en ai fait plusieurs fois l'expérience à mes dépens.

Le moyen d'éviter ces méprises fâcheuses pour vous et pour nous me paraît simple. Il suffirait qu'il fût bien établi, que tout médecin d'eaux qui reçoit un malade d'un confrère, *doit* lui en accuser réception — nous y manquons bien rarement — dans la huitaine environ, par un mot sur une carte. Cette règle de conduite étant posée, et rigoureusement obéie, il s'en suivrait que, lorsque vous n'entendriez pas parler d'un client que vous nous auriez envoyé, vous devriez en conclure que nous ne l'avons pas reçu. Que si l'événement vous prouvait, ultérieurement, que vous vous êtes trompé en raisonnant de la sorte, les torts seraient de notre côté et nous n'aurions pas à nous plaindre de ce qui pourrait en résulter.

2° *Le malade a choisi un médecin autre que celui auquel on l'avait adressé.*

Le malade est bien venu à la station que vous lui aviez indiquée, mais, pour une raison quelconque, il s'est adressé volontairement à un médecin autre que celui que vous lui aviez conseillé. Il en avait le droit, cela va de soi. C'est son affaire, après tout, et personne n'a rien à y voir.

Dans ce cas, le médecin dont il n'a pas voulu, et qui n'en sait rien, rentre dans les conditions de l'hypothèse précédente. Mais quelle doit être vis-à-vis de vous la conduite du médecin qui a reçu le malade, et qui, neuf fois sur dix, sait, à n'en pas douter, qu'il ne lui était pas destiné ? Il doit vous aviser très simplement de ce qui s'est passé. Ne pas le faire, ce serait laisser supposer — ce dont je crois tous mes collègues incapables — qu'il a eu ce client par des moyens voisins de l'indélicatesse. Seulement, comme il a, somme toute, à vous annoncer une chose ennuyeuse, j'estime qu'il peut s'en dispenser jusqu'au départ du malade. A ce moment, en effet, en vous renseignant de son mieux sur le diagnostic qu'il a porté, sur le traitement qu'il a formulé, sur les indications auxquelles il a obéi dans ce traitement, sur les résultats immédiats de la cure, il a un excellent moyen de se faire pardonner la préférence, dont il a été l'objet. En tout cas vous ne sauriez lui en vouloir.

3° *Le malade dissimule une lettre d'introduction que son médecin lui avait donnée.*

Certains malades — ce sont, habituellement, des sceptiques, ou des hypochondriaques, ou d'aimables farceurs — se présentent à nous sans vouloir dire qui ils sont, d'où ils viennent, qui les envoie. Ils se gardent bien, par conséquent, d'exhiber la lettre d'intro-

un grand nombre des opérées, on constate qu'ils peuvent occasionner de multiples désordres du côté de l'appareil génital ; chez plusieurs le vulvo-vaginisme qui, depuis six à dix ans, rend tout rapprochement impossible ; d'autres ont des fausses couches, des enfants mort-nés ; une autre enfin une grossesse tubaire avec putréfaction du fœtus et du placenta.

Puisque nous en sommes au chapitre des complications, nous pourrions ajouter à cette longue énumération un symptôme des corps fibreux, qui, par son exagération, peut devenir une complication ; c'est l'*hydrorrhée*, sorte de flux muqueux ou séreux qui paraît provenir de la paroi utérine (glandes ou capillaires sanguins), du fibrome lui-même, ou d'un hydrosalpinx communiquant avec l'utérus (1). Cet écoulement considérable affaiblit rapidement les malades et contribue à leur émaciation.

Tout le monde sait enfin que les corps fibreux s'accompagnent souvent d'affections cardiaques et rénales (Potain, Lancereaux), de névroses, de troubles mentaux, voire même d'aliénation. Enfin, les compressions exercées par la tumeur sur les organes voisins peuvent produire de l'obstruction intestinale, de la rétention d'urine, de la paraplégie, de la phlébite des veines iliaques et saphènes (phlegmatia alba dolens) et tous les graves accidents qui sont sous la dépendance de l'embolie.

Voilà certes un tableau aussi noir que possible du pronostic des corps fibreux ; c'est un moyen sûr pour convaincre les plus incrédules de la nécessité d'une intervention chirurgicale et pour les amener à partager l'avis que « *les fibromes du corps de l'utérus, même pas très volumineux, sont des tumeurs dangereuses qui donnent si souvent lieu à des complications graves, qu'il faut les opérer dès qu'ils sont reconnus.* ».

(1) *Journ. de méd. de Bordeaux.* Février 1893, p. 59.

Malheureusement, il apparaît trop clairement que des opinions aussi intransigeantes peuvent être inspirées par d'autres motifs que l'intérêt de la malade. M. Péan prône d'abord la nécessité absolue de l'opération, ensuite le procédé opératoire qu'il a inventé, et que lui seul, dit-il, sait bien appliquer à toutes les circonstances. C'est de la « furia operativa ». L'École française ne suivra pas M. Péan et ses adeptes dans ses tendances.

Nous sommes persuadé avec M. Kœberlé et M. Verneuil que les fibromes sont le plus souvent bénins et parfaitement supportés par les femmes, qui en sont atteintes. Qu'on nous permette d'abord de rappeler en quelques mots, les symptômes des fibromes.

I.

SYMPTOMES.

Un très grand nombre de fibromes ne manifestent leur existence par aucun signe. Ils passent donc inaperçus jusqu'à la mort et sont une trouvaille d'autopsie.

Les jeunes filles et en général les vierges n'en sont pas exemptes ; mais il est bien certain que les plus atteintes sont les femmes de 40 à 50 ans au moment de la ménopause (âge critique). Le symptôme le plus fréquent et le plus grave généralement par ses conséquences, c'est la *ménorrhagie*, écoulement sanguin qui se fait au moment des règles et en augmente l'abondance, et qui bientôt apparaît dans l'intervalle des règles en déterminant souvent des coliques, des douleurs expulsives.

Un 2e symptôme, assez fréquent, est l'*hydrorrhée* dont l'abondance peut être très considéra-

---

duction que vous leur avez donnée. Nous les interrogeons et nous les examinons. Pas moyen de faire autrement, bien entendu. L'examen terminé, ils nous demandent « ce que nous leur avons trouvé ».

En règle générale, cette question — venant après le reste — cache un piège. Celui qui la fait sera probablement enchanté de trouver en désaccord notre diagnostic et le diagnostic qu'il a en poche. Si ce dernier émane d'une sommité de la profession, c'est nous qui nous serons grossièrement trompés. S'il émane, au contraire, d'un simple confrère, c'est lui qui se sera trompé, car nous passerons, en raison de notre spécialisation, pour mieux connaître ces maladies-là. Souvent aussi, le client facétieux nous met tous les deux dans le même sac et conclut, *in petto*, que nous n'y comprenons rien ni l'un ni l'autre. Il ne se gêne même pas beaucoup pour le dire.

C'est pourquoi, en pareille occurrence, le mieux serait pour nous de rester sur la défensive, si c'est possible, et de remettre à quelques jours, après un second examen, un diagnostic ferme, ou paraissant tel. D'ici là, on voit venir. Et puis, souvent, le malade, pris dans son propre piège, se décide tout à coup à montrer sa lettre, parce qu'il comprend vaguement que son intérêt y est engagé, et, alors, la situation change. On retombe dans les cas ordinaires. Il n'en est pas moins vrai que, si le malade exige un diagnostic un pronostic et une prescription, nous n'avons pas le droit de les lui refuser, pas plus que n'importe quel médecin.

Les faits de ce genre, et plusieurs autres que j'en pourrais rapprocher, comportent un autre enseignement pratique. C'est que les médecins qui nous envoient des malades feraient bien, à tous points de vue, quand ils ne sont pas absolument sûrs de leurs clients — et l'est-on jamais ? — de leur donner simplement notre nom sur une carte (1) en ajoutant qu'ils vont nous écrire — quand la chose est utile ou nécessaire, et elle l'est presque toujours. Il est assez facile de leur dire qu'on n'a pas le temps voulu pour faire, séance tenante, d'une façon convenable, une lettre aussi importante pour la bonne direction de leur cure. Cette façon d'agir a, au moins, quatre avantages : *a*) elle plaît au malade, qui aime qu'on s'occupe de lui ; *b*) elle évite le piège dont je parlais tout à l'heure ; c) vous êtes beaucoup plus sûr que le client ira à l'adresse que vous lui avez donnée ; *d*) vous lui évitez la tentation de décacheter une lettre à nous destinée, et qui peut contenir des indications dangereuses. Il ne faut pas oublier, en effet, que, par le temps qui court, avec la vulgarisation fâcheuse des choses médicales, nos termes les plus discrets (bacillose, phymisme, phymatose, néoplasme, etc., etc.), n'ont rien de mystérieux pour les malades éclairés. On ne saurait donc trop se méfier, ne fût-ce que dans leur intérêt, et surtout dans notre intérêt.

4° *On a dit au malade ce qu'il devait faire dans la station où on l'envoie.*

Parfois, les médecins qui envoient des malades aux stations thermales leur donnent, verbalement ou par

(1) Même quand il y a relations d'amitié ou de camaraderie d'école entre nous, le mieux est de nous appeler simplement sur cette carte : « cher confrère » ou « honoré confrère », plutôt que « cher ami ». Le « cher ami » peut passer, en effet, aux yeux de certains clients par trop méfiants — et il y en a — pour avoir joué un rôle dans le choix de la station.

ble (200 à 500 gram.) et qui se fait par intermittences irrégulières.

Les *douleurs* peuvent être de différente nature : expulsives, névralgiques iléo-lombaires ou abdominales, sourdes ou au contraire aiguës, lancinantes.

Enfin, le signe le plus important à rechercher est l'existence d'*une tumeur*. Rappelons que les fibromes utérins peuvent être : *interstitiels* (inclus dans les parois utérines), *sous-péritonéaux*, et *sous-muqueux* ; ces derniers peuvent se pédiculiser dans la cavité utérine et forment *les polypes fibreux*. Les fibromes *sous-péritonéaux*, lorsqu'ils se pédiculisent, peuvent se séparer du tissu utérin et former des corps flottants de l'abdomen. Le toucher et le palper combinés méthodiquement permettent souvent de constater l'existence de fibromes sous-péritonéaux et de fibromes interstitiels. On sent tantôt des bosselures du col, une dureté régulière siégeant dans l'une des lèvres, tantôt l'état de plénitude des culs-de-sac vaginaux, tantôt l'augmentation de volume de l'utérus, l'adhérence de la tumeur avec l'utérus, le déplacement du col en sens inverse des mouvements imprimés à la tumeur par l'hypogastre. Quant aux fibromes sous-muqueux et aux polypes, on peut les voir souvent au spéculum, saillir entre les lèvres du col utérin. Nous déconseillons absolument l'emploi de l'hystéromètrie qui donne peu de renseignements et expose à de grands dangers (Championnière, Boiffin). Enfin, quand la tumeur a acquis un volume considérable, outre les désordres qu'elle provoque par les compressions qu'elle exerce, elle est facilement appréciable à la palpation abdominale ; c'est *une tumeur dure, ferme, en général régulière, quelquefois mamelonnée et grossièrement lobulée, située sur la ligne médiane ou à peu près.*

Au point de vue de l'évolution, il est bien démontré que la grossesse a souvent une action salutaire sur la régression et la résorption des fibromes. M. Cornil en explique le mécanisme de la manière suivante : Le plus grand nombre des faisceaux musculaires de la tumeur subit, pendant la grossesse, la même hypertrophie, la même congestion active que le reste de la paroi utérine dont elle fait partie intégrante. Les faisceaux musculaires atteints de cette hypérémie de cette activité nutritive touchant à l'inflammation, compriment les faisceaux interposés au point d'y arrêter la circulation sanguine et l'apport des éléments nutritifs. Ces faisceaux restent atrophiés et leurs cellules contractiles se mortifient. A la suite de ce premier stade, les vaisseaux turgides des muscles hypertrophiés laissent sortir des globules blancs en assez grande quantité. A la limite de la partie saine et de la partie nécrosée, ces globules migrateurs deviennent de véritables phagocytes qui se chargent des débris, des granulations protéiques et graisseuses des fibres musculaires privées de vie et de résistance.

On comprend facilement que la marche de cette altération puisse aboutir à la disparition et à la résorption d'un grand nombre des lobules de la tumeur et, lorsque la parturition s'est faite, lorsque tout l'utérus subit son involution physiologique, au retour des fibres hypertrophiées elles-mêmes à leur volume normal. Il en résulte alors une atrophie très notable où une disparition partielle du fibrome, que l'état de grossesse avait d'abord hypertrophié.

Les fibromes peuvent récidiver ; dans quelques cas, ils se sont transformés en tumeurs malignes : sarcomes, épithéliomas, mais cela est assez rare, fort heureusement.

écrit, même quand ils nous les adressent, des indications sur la façon dont ils devront se traiter ou être traités.

Vous me permettrez de dire que c'est toujours une grosse faute. Que vous nous signaliez, dans les antécédents morbides du malade, dans son état actuel de santé, dans son tempérament, dans ses idiosyncrasies, telle ou telle particularité qui, à tort ou à raison, vous semble contre-indiquer telle ou telle pratique balnéaire externe, ou devoir rendre très prudent le traitement hydro-minéral interne, rien de mieux. Nous ne pouvons que vous en être reconnaissants, loin de nous en formaliser. J'estime, en effet, que les résultats, bons, médiocres, nuls ou mauvais d'une cure, dépendent aux trois quarts de la façon dont on a examiné et interrogé, la première fois, le malade qui nous est confié et que nous n'avons jamais vu. Nous devons donc, sans regarder au temps, apporter à cette première entrevue tout le soin désirable ; mais quel est celui d'entre nous qui, dans une pratique un peu longue, surtout dans ses premières années d'exercice, n'a pas eu a déplorer quelque accident, voire même quelque malheur, faute d'avoir interrogé et examiné un malade bien à fond ? J'en pourrais citer des exemples, dont quelques-uns me sont personnels.

Or, il vous est facile, par un renseignement approprié, de nous éviter ces regrets. Mais de là à vouloir organiser, fût-ce seulement dans ses grandes lignes, le traitement hydro-minéral, il y a loin — toute la distance qui sépare une chose rationnelle d'une autre qui ne l'est pas du tout. Evidemment, le professeur illustre qui prescrivit, il y a une quarantaine d'années, à un de ses collègues d'aller prendre les « bains de Mauhourat » n'aurait pas commis cette bourde célèbre s'il eut séjourné deux heures à Cauterets. Mais connaîtriez-vous, pour y avoir passé, l'installation matérielle d'une station thermale, la caractéristique chimique de ses eaux, leur température, les doses moyennes auxquelles on les administre, vous n'en seriez pas moins absolument incapables — excusez ma franchise — de formuler le traitement que votre malade devra y suivre, voire même d'en fixer d'avance la durée, à une ou deux semaines près. A ceux qui en douteraient je rappellerais ce que disait un jour, très judicieusement, un clinicien pourtant fort compétent dans la matière, M. Jules Simon, dans une de ses conférences de l'hôpital des Enfants, à savoir qu'il faut dix ans à un médecin d'eaux pour bien connaître la station où il exerce.

5° *Une autre station était beaucoup mieux indiquée que celle à laquelle on a envoyé le malade.*

Suivant toujours l'ordre chronologique, j'arrive aux deux points les plus délicats de la déontologie spéciale dont je m'occupe. Le premier est beaucoup plus simple que le second. Le voici :

Vous nous avez adressé un malade, avec ou sans lettre explicative. Nous l'avons interrogé et examiné avec tout le soin voulu. Or, il résulte pour nous de cet examen qu'il eût mieux valu l'envoyer ailleurs. *Mieux valu* signifie ici, dans ma pensée, que son état ne peut être aggravé là où il est, mais qu'une amélioration notable est assez problématique, tandis qu'il n'en eût pas été de même si on l'eût adressé à une eau similaire *en apparence*.

Tel diabétique, par exemple, envoyé à une eau alcaline calcique et froide, en retirera beaucoup moins de profit que d'une autre eau également alcaline, mais sodique et chaude ; et réciproquement. De même pour la classe des eaux sulfureuses, etc. (*A suivre.*)

II.

TRAITEMENT.

Dans certaines circonstances, les fibromes sous-muqueux pédiculés peuvent se détacher de l'utérus et être expulsés par les voies naturelles, comme par une sorte d'accouchement. C'est là un mode de terminaison assez exceptionnel. Le plus souvent, ou bien le fibrome est bénin et peut être abandonné à lui-même sans aucun traitement, ou bien il provoque des symptômes plus ou moins graves et la thérapeutique active est pleinement justifiée. C'est en réalité, par ses complications, que le fibrome devient dangereux ; c'est donc contre les complications que doit être dirigé ce traitement. Pour M. *Kœberlé*, les vraies indications sont les suivantes :

« Volume très considérable de la tumeur ; fréquence et abondance des hémorrhagies et des pertes blanches qu'elles provoquent ; accroissement rapide de volume ; douleurs violentes ; enclavement de la tumeur dans le bassin.

Les opérations que l'on peut pratiquer sur ces tumeurs sont relativement peu graves, lorsqu'elles ne sont en aucune façon compliquées ; par contre, ces opérations sont graves lorsque certaines complications se sont produites. En d'autres termes, l'intervention est d'autant plus grave qu'elle est plus légitime, d'autant moins grave que l'opération se justifie moins.

Les indications opératoires tirées des complications ne sont pas toujours absolues, loin de là. Il faut savoir, en effet, que certaines de ces complications peuvent guérir toutes seules, et c'est pour celles-là que tous les modes de traitement employés réussissent dans certains cas.

Avec M. *Verneuil*, nous divisons les fibromes en fibromes qui déterminent des accidents légers facilement dominés par la thérapeutique, et en corps fibreux qui, souvent par impéritie ou par négligence des malades, deviennent très graves.

D'une manière un peu plus précise, on peut dire avec M. *Routier*, que parmi les fibromes, il y a :

1° Ceux qui se manifestent par les hémorrhagies, depuis les règles trop abondantes jusqu'aux pertes incessantes ;

2° Ceux qui agissent par leur volume et qui peuvent simplement gêner la malade ou rendre la station debout et le décubitus presque impossibles ;

3° Ceux qui exercent une compression sur les organes voisins, vessie, intestin, vaisseaux et nerfs ;

4° Ceux qui sont surtout douloureux, et nous savons que presque toujours ce sont des fibromes plus ou moins pédiculés sur la matrice et mobiles dans le ventre.

Dans tous ces cas, le médecin appelé à prendre un parti, doit peser la valeur de chaque symptôme et agir en conséquence.

Le plus difficile quelquefois est de faire accepter aux malades un traitement expectant ; j'appelle ainsi les bains salés, la potion d'ergotine, etc.

Avant donc d'intervenir chirurgicalement, il y a lieu d'essayer les moyens médicaux, surtout si la tumeur n'est pas trop volumineuse et si les complications sont peu graves.

A. TRAITEMENT MÉDICAL. — Un des médicaments les plus anciennement employés contre les corps fibreux est *la sabine* associée ou non à un léger laxatif comme la rhubarbe. M. *Championnière* prescrit souvent aux femmes atteintes de corps fibreux moyens avec métrorrhagies, des paquets de poudre de sabine et de rhubarbe à la dose de 0,20 à 0,30 centigr. par jour, pendant 8 ou 10 jours consécutifs, chaque mois, au moment ou après les règles.

L'ergotine sous forme de dragées peut aussi rendre de grands services, si on a la patience de l'administrer régulièrement pendant une période de 8 ou 15 jours, chaque mois, en dehors des règles.

Le massage gynécologique a été vanté à outrance dans ces derniers temps et plusieurs auteurs le préconisent contre les corps fibreux utérins. Nous partageons les scrupules de M. *Jouin* au sujet de la moralité de ces manœuvres, d'autant plus que nous doutons fort de leur efficacité.

Nous conseillons plutôt *l'électrothérapie gynécologique*. Certes, nous n'entrons pas dans les vues un peu trop optimistes des électriciens de profession, qui, comme les chirurgiens, voudraient attirer à eux cette grosse part de revenu que fournissent les malades atteintes de fibromes. Nous rendons justice aux travaux de M. *Apostoli*, qui ont fait faire un grand progrès à la science ; et quoique, à notre avis, tous les corps fibreux ne soient pas justiciables de l'électricité un grand nombre sont incontestablement influencés favorablement par l'électrolyse et par l'électropuncture. La technique conseillée par MM. *Bergonié et Boursier*, de Bordeaux, nous paraît excellente ; ils la dénomment : Méthode monopolaire positive ; on emploie un hystéromètre en charbon, réuni au pôle positif de la batterie, introduit dans l'utérus ; et une large électrode indifférente abdominale réunie au pôle négatif. Les intensités utilisées ont varié de 25 m. a à 150 m. a ; la durée moyenne des séances a été de dix minutes. Antisepsie au moyen de la solution de sublimé à 1/2 p. 1,000.

Les fibromes qui bénéficient de ce traitement sont, d'après M. *Régnier* :

1° Les tumeurs de petit volume, suffisantes cependant pour provoquer la gêne de la marche, les troubles de la miction, des douleurs, des pesanteurs ;

2° Les tumeurs très volumineuses et multiples, si les annexes sont en bon état ou non suppurées ;

3° Contre les hémorragies, le traitement réussit dans la plupart des cas, sauf deux variétés : celle où la cavité utérine est démesurément agrandie ; celle de fibromes volumineux interstitiels dans lesquels les vaisseaux sanguins dilatés et indurés s'ouvrent largement sur une muqueuse atrophiée et dégénérée. Il y a contre-indication formelle au traitement électrique : 1° lorsque le fibrome est compliqué de collections purulentes, hématiques ou kystiques des annexes ; 2° lorsqu'il est accompagné d'hydrorrhée.

M. *Condamin*, de Lyon, emploie les crayons de *chlorure de zinc* dans les fibromes ménorrhagiques. Cette pratique est surtout applicable aux approches de la ménopause, ou lorsque les malades sont trop épuisées pour supporter une opération qui n'est jamais inoffensive. Elle donne d'excellents résultats et jamais on n'a ob

servé consécutivement une sténose du col. Cela tient peut-être aux précautions qui sont prises pour appliquer le caustique. Le col utérin est dilaté, la cavité utérine désinfectée, et dans son intérieur est introduit un crayon mitigé au chlorure de zinc. Le col est tamponné, et la malade reste couchée plusieurs heures sur le ventre. Le dixième ou le douzième jour, l'eschare tombe, on replace un deuxième crayon plus petit et avec les mêmes précautions.

Quelquefois il survient une petite poussée fébrile, légère et fugace.

Nous ne pouvons nous prononcer sur ce mode de traitement, qui, paraît-il, donne de bons résultats, mais qui nous semble, dans certains cas, non exempt de dangers.

B. Traitement chirurgical. — Nous avons réservé peu de place dans cet article au traitement chirurgical pour montrer que nous n'approuvons en aucune façon les excès des interventionnistes. Néanmoins, il est juste de mettre pleinement en lumière, la révolution chirurgicale qui s'est opérée depuis quelques années : autrefois, on vantait unanimement l'efficacité de l'opération de Battey contre les corps fibreux utérins, c'est-à-dire la castration tubo-ovarienne. M. *Bouilly* a été presque le seul à la défendre au Congrès. Aujourd'hui, c'est l'extirpation directe des fibromes qui est reconnue comme le procédé de choix. L'hystérectomie est défendue par la plupart des chirurgiens contre les partisans de l'opération de Battey. Mais, par quelle voie doit-on extirper le fibrome ?

Ici, l'accord est rompu : Péan, Segond, Richelot, Doyen, Reynier, Boeckel, Jacobs, sont partisans fanatiques de la voie vaginale et nous partageons volontiers leur opinion. Queirel, Hue, Duret, Guillioud, Delagenière préfèrent l'hystérectomie abdominale totale ou avec pédicule externe.

D'une manière générale, nous croyons qu'on peut envisager les indications comme le fait la *Gazette des hôpitaux* (1) :

Si le fibrome est petit ou moyen, s'il n'atteint pas l'ombilic, l'extirpation par la voie vaginale, à l'aide de l'hystérectomie et du morcellement, est l'opération qui par sa bénignité a réuni le plus de suffrages. C'est donc à elle qu'il faut avoir recours.

Si le fibrome est volumineux, s'il dépasse l'ombilic, il faudra opérer par la voie abdominale.

Le pédicule externe est le procédé de beaucoup le plus favorable ; mais l'idéal est l'opération totale, abdominale et vaginale combinée ; la technique en est malheureusement encore imparfaite et a besoin d'être encore étudiée pour en diminuer la complexité et en améliorer les résultats.

Nous dirons, en terminant, deux mots du cas particulier de grossesse coïncidant avec un ou plusieurs fibromes volumineux. La grossesse peut faire résorber les petits corps fibreux, mais les gros corps fibreux peuvent entraver la grossesse et surtout l'accouchement. Or, les opérations hardies et brillantes de M. Routier et de M. Guinard prouvent péremptoirement que si le fibrome siège sur une région de l'utérus accessible, soit par la voie abdominale, soit par la voie vaginale, et à plus forte raison, si la tumeur n'est pas accolée à l'utérus et reste incluse dans le ligament large, il ne faut pas hésiter à en pratiquer l'ablation au cours de la grossesse ; il y a intérêt à opérer de bonne heure, à quelque procédé qu'on soit obligé d'avoir recours. Attendre le moment de l'accouchement, c'est s'exposer à de graves dangers.

On ne doit temporiser que si le corps fibreux siège dans le segment inférieur, et occupe l'excavation pelvienne. Dans ce cas, opérer serait interrompre la grossesse ; au dernier moment, on pratiquera l'opération césarienne.

D[r] Paul Huguenin.

(1) *Gaz. des hôp.*, 1893, n° 47.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Assistance médicale et pharmaceutique dans le Département de la Manche.

Nous croyons intéressant de publier les détails de cette organisation qui fonctionne actuellement et qui a été élaborée d'un commun accord entre l'Administration préfectorale et le syndicat des médecins de Saint-Lô.

Voici d'abord la lettre circulaire par laquelle le Préfet annonçait aux Maires l'envoi du nouveau règlement :

Messieurs,

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance le règlement adopté par le Conseil général dans sa séance du 24 août dernier, conformément à mes propositions et à celles de la Commission spéciale nommée par l'Assemblée départementale, pour l'organisation d'un service d'assistance médicale et pharmaceutique gratuite dans le département de la Manche.

Je ne crois pas, Messieurs, avoir à insister sur le but et l'utilité du nouveau service d'assistance publique dont il s'agit. Le malade privé de ressources a droit aux secours médicaux et pharmaceutiques comme l'indigent a droit à l'aide de ses concitoyens. Cependant, tandis que celui-ci reçoit à peu près partout les distributions d'aliments ou de vêtements dont il a besoin, le premier, faute presque toujours de ressources suffisantes de la commune ou du bureau de bienfaisance, obtient bien rarement tous les soins que son état exige. Tout au plus peut-il, parfois, recourir à l'hôpital. Or, l'hôpital n'est pas à la portée de tous et, d'ailleurs, quelques soins intelligents et éclairés à domicile ont souvent plus d'efficacité que le transport et le traitement à l'établissement spécial. Mais, l'assistance médicale à domicile, par sa nature, par les dépenses qu'elle entraîne, ne peut être qu'une œuvre d'ensemble, d'union des communes entre elles et avec le Département, et c'est cette œuvre que le Conseil général, d'accord avec moi, a voulu créer. Le concours des médecins ne fera nulle part défaut et je ne doute pas, Messieurs, que bien rares seront les Municipalités qui refuseront ou négligeront d'associer leur commune à la nouvelle organisation.

Aujourd'hui, il importe avant tout que chaque Conseil municipal se prononce sur le principe de son adhésion.

L'article 3 du règlement détermine la composition du budget du service et il suffit à chacun de vous de s'y reporter sans que j'entre ici dans aucun développement. Le Conseil municipal pourra facilement se rendre un compte approximatif de la part de la commune.

Veuillez donc inviter sans retard le Conseil à déclarer s'il adhère à la nouvelle organisation et s'il entend prendre à la charge de la commune la taxe fixée par l'article 3.

Dans l'affirmative, s'il n'y a pas de bureau de bienfaisance, l'Assemblée désignera les Deux Délégués de-

vant faire partie de la Commission chargée de dresser la liste des indigents admis.

La délibération qui interviendra devra, quel qu'en soit le sens, m'être adressée immédiatement en double expédition.

En même temps, si l'avis du Conseil municipal est favorable, vous devrez faire dresser par le Bureau de bienfaisance ou la Commission spéciale instituée par l'article 6 du règlement la liste des personnes auxquelles le traitement gratuit devra être accordé.

Je tiens à ce que cette liste me parvienne *le 25 novembre prochain*, au plus tard, de sorte que dès les premiers jours de décembre le Conseil municipal puisse voter les fonds nécessaires en appliquant au nombre de personnes inscrites les coefficients déterminés par l'article 3 du règlement.

De cette façon, le service pourra fonctionner régulièrement partout à partir du 1er janvier 1893 et une bonne œuvre, un salutaire progrès pour l'humanité, seront accomplis.

Je compte sur chacun de vous, Messieurs, pour ne recevoir que des réponses favorables à l'appel pressant que je vous adresse, au nom du Conseil général comme au mien, en faveur d'un mode d'assistance publique destiné à rendre de signalés services.

Je dois ajouter et je vous prie de ne pas perdre de vue que comme corollaire aux dispositions prises pour la nouvelle organisation de l'Assistance médicale et pharmarceutique, le Conseil général a supprimé le crédit inscrit au budget départemental pour fourniture de médicaments aux indigents.

Recevez, Messieurs, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le Préfet de la Manche,
P. FLORET.

Reglement.

I. Dispositions générales

Article premier. — Un service gratuit d'assistance médicale et pharmaceutique est institué dans le département de la Manche.

Ce service qui a pour but de faire donner gratuitement aux personnes privées de ressources les secours de la médecine, de la pharmacie et de l'art des accouchements, profitera à toutes les communes du département, qui contribueront à la dépense dans les conditions spécifiées plus loin.

Les médecins et sages-femmes chargés de l'assistance médicale devront également propager la pratique des vaccinations et revaccinations.

Art. 2. — Tous les médecins, pharmaciens, sages-femmes, qui auront donné leur adhésion au présent règlement, concourent au service, chacun suivant ses attributions.

Art. 3. — Le budget de ce service se compose :

1° Des fonds votés chaque année par les Conseils municipaux des communes intéressées qui devront s'imposer par chaque personne portée sur les listes annuelles, dans les proportions suivantes :

0 fr. 25	pour les communes dont la valeur du centime est inférieure à....	30 fr.
0 fr. 50	pour celles dont elle est infér. à	60
0 75	....	90
1 »	....	120
2 »	....	200
3 »	pour les communes dont la valeur du centime est supérieure à 200 fr.	

Toutefois, quelle que soit la valeur de leur centime, les communes dont le bureau de bienfaisance possède de 500 à 1,000 fr. de revenus paieront une somme de 1 fr. 25 par personne inscrite ; celles dont le bureau de bienfaisance a un revenu supérieur à 1,000 fr. paieront en plus 0 fr. 75 par tête pour chaque portion de 500 fr. de revenus au dessus de 1,000 fr.

Si le calcul par centimes, d'une part, et d'autre part si le calcul résultant des revenus du bureau de bienfaisance donne des chiffres différents, la taxe la plus forte sera toujours imposée.

2° D'une subvention égale accordée par le Conseil général, qui ne pourra être inférieure à l'ensemble des sommes votées par les communes, sans toutefois que la subvention totale puisse dépasser 12,000 fr.

3° Des subventions qui pourront être allouées par l'Etat.

Art. 4. — Ce budget ne pourra en aucun cas être dépassé. Une réduction proportionnelle sera faite à la fin de chaque année sur l'ensemble des notes dans le cas où leur montant serait supérieur à celui des crédits alloués pour l'année.

Si un exercice laisse un excédent de ressources, cet excédent sera reporté sur l'exercice suivant.

II. Listes d'assistance

Art. 5. — La liste des personnes auxquelles le traitement gratuit devra être accordé sera dressée au mois d'octobre de chaque année pour l'année suivante, dans chaque commune qui fera partie du service médical.

Art. 6. — Cette liste sera établie, soit par le bureau de bienfaisance s'il en existe un dans la commune, soit par une commission composée :

1° Du Maire, président, ou de son délégué légal ;

3° De deux Conseillers municipaux désignés par le Conseil municipal :

3° Du médecin ou des médecins adhérents habitant dans la commune, ou du délégué choisi par eux :

4° Du pharmacien habitant dans la commune, ou s'il y en a plusieurs, du délégué choisi par eux ;

5° Du receveur municipal.

La voix du Président, en cas de partage, est prépondérante.

Les pouvoirs de la Commission auront la même durée que ceux des Conseils municipaux.

Art. 7. — Les listes doivent comprendre nominativement tous ceux qui sont admis aux secours alors même qu'ils sont membres de la même famille.

Ne pourront être admises sur la liste que les personnes de nationalité française.

Art. 8. — La liste de gratuité, dressée en double expédition et sur laquelle devra figurer le montant des contributions de chaque assisté indiqué par le percepteur, sera soumise, dans la session de novembre, au Conseil municipal qui pourra y apporter les modifications qu'il jugera convenables et délibérera à cet effet en comité secret. Elle sera transmise ensuite à la Préfecture avec la délibération du Conseil municipal et sera définitivement arrêtée par le Préfet qui pourra la réduire et non l'accroître. Elle sera ensuite retournée au Conseil municipal qui votera les fonds.

ART. 9. — En cas d'urgence, dans l'intervalle des réunions de la Commission d'assistance, le Maire pourra admettre provisoirement des assistés à l'Assistance médicale, sauf ratification à la prochaine réunion.

ART. 10. — La liste de gratuité sera adressée par les soins du Maire aux médecins, pharmaciens et sages-femmes du service.

ART. 11. — Les fonds provenant des votes des Conseils municipaux seront versés dans la caisse du Percepteur et centralisés à la Trésorerie générale.

III. Service médical.

ART. 12. — Tous les médecins, pharmaciens et sages-femmes qui auront adhéré au Service médical gratuit pourront être appelés par les malades, au choix de ces derniers.

ART. 13. — Le service sera fait au moyen de billets de visite détachés d'un livre à souche délivré par le Maire ou son délégué, et indiquant le nom de l'assisté et la distance kilométrique de son domicile à celui du médecin le plus rapproché. Les billets ne seront délivrés que dans le cas où l'assisté ne peut se rendre au domicile du médecin.

Le billet de visite reste entre les mains du médecin.

ART. 14. — Sur la production de ces billets, les médecins et les sages-femmes donneront aux malades les soins voulus.

Toutefois, dans les cas urgents, ils pourront être appelés directement par la famille du malade, mais le billet de visite devra être remis au médecin dans les vingt-quatre heures.

ART. 15. — Chaque médecin adhérent sera muni d'un carnet à souche ; il inscrira sur le talon et sur la souche, le nom de chaque malade, la date de ses visites le diaguostic, les prescriptions médicamenteuses et le mémoire détaillé de ses honoraires.

Ces feuilles serviront à la vérification des mémoires présentés à la Commission de vérification qui pourra toujours réclamer la production des carnets.

ART. 16. — Tous les médecins peuvent être demandés par les inscrits, mais l'indemnité de déplacement est calculée du domicile du médecin le plus voisin.

ART. 17. — Les médicaments nécessaires aux assistés seront fournis par tous les pharmaciens qui accepteront le tarif annexé au présent réglement. Ils pourront l'être par les médecins, en se conformant aux lois et réglements en vigueur.

Ce tarif ne pourra être revisé que tous les trois ans.

ART. 18. — Il ne pourra être délivré d'autres médicaments que ceux inscrits au tarif.

Les spécialités, les eaux minérales et les vins ne pourront être mis à la charge du service.

ART. 19. — Les pharmaciens présenteront les ordonnances à l'appui de leurs mémoires, lesquels seront établis d'après les prix inscrits au tarif.

ART. 20. — Dans les cas où il existe des sages-femmes dans la commune ou les communes voisines, elles sont chargées du service des accouchements. Le médecin ne pourra être appelé que sur la demande de la sage-femme qui aura constaté la nécessité de sa présence.

ART. 21. — Lorsque, d'après la constatation du médecin, un malade ne pourra être soigné à domicile et devra être transporté à l'hôpital, le Maire sera avisé immédiatement, ainsi que le Préfet, pour que des mesures soient prises pour l'admission de ce malade dans un établissement hospitalier, suivant les conditions prévues par les réglements administratifs.

Le transport des malades devra particulièrement avoir lieu pour toute les opérations chirurgicales.

Les sommes à voter par les Conseils municipaux pour subvenir aux frais de séjour des malades dans les hospices sont indépendantes de la cotisation fournie par la commune.

Toutefois le Département pourra, comme par le passé, venir en aide aux communes pour les frais d'hôpital, dans une proportion qui ne pourra dépasser 60 %.

IV. Comptabilité

ART. 22. — Tous les ans, dans le mois de janvier, les médecins, pharmaciens et sages-femmes devront, sous peine de déchéance de leurs droits remettre aux Maires qui les transmettront immédiatement à la Préfecture, les billets de visite et les ordonnances relatives à l'année écoulée. Ces pièces seront accompagnées d'un bordereau récapitulatif établi conformément au tarif adopté.

Les médecins qui délivreront des médicaments dans les conditions prévues à l'article 18 produiront deux mémoires : sur l'un ils porteront exclusivement leurs visites, sur l'autre les médicaments qu'ils auront fournis.

ART. 23. — Une Commission centrale de vérification, instituée au chef-lieu du département, sous le nom de Comité départemental de l'Assistance médicale et pharmaceutique, sera chargée de reviser les mémoires des médecins, pharmaciens et sages-femmes, et, en cas d'insuffisance du crédit, de procéder à une réduction proportionnelle.

Nul mémoire ne sera payé avant que la Commission n'ait terminé son travail de révision et sans son approbation.

Ce travail devra être terminé dans un délai de 3 mois.

ART. 24. — Le Comité départemental est ainsi composé :

1° Le Préfet ou le Secrétaire général délégué, président ;

2° Six Membres du Conseil général, à raison de un par arrondissement, désignés par cette Assemblée ;

3° Deux médecins par arrondissement, nommés à la suite d'un vote sous pli cacheté, par les médecins de l'arrondissement ayant adhéré au service ;

4° Un pharmacien de 1re classe par arrondissement, nommé dans les mêmes conditions.

Les Membres du Conseil général sont élus par l'Assemblée après chaque renouvellement partiel ; les médecins et pharmaciens, tous les trois ans.

ART. 25. — Le prix des visites médicales est fixé ainsi qu'il suit :

1 fr. par visite.

Les déplacements, quel que soit le nombre des visites faites au cours d'un même déplacement, se taxeront par le prix de la visite, plu

1 fr. par kilomètre ou fraction de kilomètre (aller seulement) jusqu'à 4 kilomètres, et au dessus 0 fr. 50 c. par kilomètre ou fraction de kilomètre.

Le prix des visites de nuit est double de celui des visites de jour.

Le prix des opérations en général est fixé d'après un tarif spécial annexé au présent règlement.

Les consultations sont gratuites.

Le tarif des médicaments sera celui de l'assistance publique avec une réduction de 40 %.

Art. 26. — La rétribution allouée aux sages-femmes est de 5 fr. pour chaque accouchement, y compris les soins à donner à l'accouchée.

En l'absence de la sage-femme, le médecin touchera 10 fr. par accouchement.

La distance parcourue sera payée en plus d'après le tarif.

V. Dispositions générales.

Art. 27. — Les médecins qui seront chargés de soigner les assistés devront signaler au Préfet, dès leur début, tous les commencements de maladie épidémique qu'ils auront reconnus.

Art. 28. — Le Comité départemental, à la suite de son travail de vérification, adressera tous les ans, au Préfet, un résumé sur le nombre et la nature des diverses affections, qui auront été traitées par le service de l'Assistance médicale dans le département. Il aura, en outre, pour mission de signaler à l'Administration toutes les améliorations qui lui paraîtront désirables dans le fonctionnement du service de l'Assistance. Il donnera son avis sur toutes les questions au sujet desquelles il sera consulté par le Préfet.

Le compte rendu de ses travaux sera communiqué par le Préfet au Conseil général.

Fait à Saint-Lô, le 24 août 1892.

Pour copie conforme :
Le secrétaire général,
P. Salvetat.

VARIÉTÉS.

Depuis que Thure-Brandt, un ex-officier suédois, a imaginé d'appliquer la mas..., pardon, le massage utérin au traitement des affections féminines, ce nouveau moyen balistique a conquis d'assez nombreux adhérents.

Nous ne voulons pas contester les avantages de la méthode suédoise. Après tout, abstraction faite de ses séductions spéciales, le procédé de Thuré-Brandt a l'avantage sur l'hystérectomie de laisser à la femme la jouissance de ses organes propres, ce qui n'est pas à dédaigner.

Mais cette méthode donne lieu à des discussions qui trouveraient mieux leur place dans le décaméron de Boccace que dans un journal de médecine. La *Société des praticiens de France* vient de se livrer sur ce sujet à des débats qui feraient la joie des lecteurs du *Gil-Blas*.

Le point à résoudre était de savoir si ces manipulations vaginales déterminent chez la femme du plaisir ou de la douleur. On n'a pas posé la question pour le médecin.

« Sur 20 femmes, a dit M. Jouin, 14 m'ont déclaré très nettement que le massage détermine des sensations nettement voluptueuses. Huit de ces 14 malades sont de très honorables mères de famille ; 6 appartiennent au monde de la galanterie. Ce sont ces dernières qui m'ont donné les détails les plus typiques. Le respect que je dois à la Société m'empêche de répéter leurs paroles. Je suis presque tenté de le regretter au point de vue scientifique. »

M. Leblond, lui, déclare que non seulement les malades ne s'amusent pas, mais encore qu'elles souffrent. M. Stapfer est du même avis ; il ajoute même que s'il s'apercevait que quelqu'une se permît ce que M. Jouin n'ose répéter, il la flanquerait carrément à la porte.

Mais voilà, il faudrait s'en apercevoir. Et M. Rosenblith a avoué qu'il ne s'en est aperçu qu'à la treizième fois !

Quant à M. Archambaud, il a inventé un petit instrument spécial à manche fixe et à bords mousses, dont je vous recommande la description. Il y a là « un godet évidé » destiné à embrasser le col. Est-ce bien « godet » qu'il faut dire ?

Cela s'est terminé par un dialogue tout à fait délectable entre M. Leblond et M. Stapfer sur les avantages comparés de la main droite et de la main gauche, sur l'utilité de l'introduction d'un ou de plusieurs doigts, sur la question de pénétration par le vagin ou par le rectum.

Et la séance a pris fin sur cette déclaration de M. Leblond « que les femmes ne paraissent se soumettre qu'avec répugnance à l'introduction du doigt par le rectum et que pour lui il n'emploie ce moyen que chez les vierges ».

O rêves de jeunes filles ! O candeur virginale !

(*La Médecine Moderne*, 1893.)

REPORTAGE MÉDICAL

— En novembre 1892, l'Assemblée générale des membres du Concours médical a décidé ce qui suit : A l'occasion de la discussion de la loi sur la protection de la santé publique, dont M. le Dr Langlet est rapporteur, et considérant les charges nouvelles que la loi impose au corps médical, le *Conseil de Direction* fera présenter un amendement à la loi, disant que lorsqu'un médecin sera victime d'une épidémie contractée à l'occasion de sa profession, sa veuve recevra une pension, les orphelins des bourses. Le conseil de Direction a pris ses mesures.

Nous sommes bien aises d'informer nos lecteurs que la Société du VIe arrondissement vient d'exprimer un vœu semblable formulé par notre collègue *Valude*, son secrétaire, de la façon suivante :

« Seront assimilées aux veuves d'officiers morts « au champ d'honneur, les veuves des médecins qui « auront, dans l'exercice de leur devoir profession- « nel, succombé à une épidémie régnante, à une de « ces épidémies contre lesquelles le gouvernement « met en œuvre les mesures prophylactiques dont « il peut disposer. »

Nous espérons que les membres de la Société du VIe, au lieu d'exprimer un vœu platonique, vont joindre leurs démarches aux nôtres !

— Au dernier dîner de la réunion annuelle de la *Presse scientifique*, le Dr *Monin*, son président pour 1893, a fait le panégyrique de la *Vulgarisation médicale* ; il en a dit les avantages, fait du toucher

doigt les inconvénients. Il a signalé les dangers de cette vulgarisation, qui doit remonter la foi des malades en la médecine et leur suggérer l'espoir de guérir, au lieu de les laisser verser dans la médication à outrance, la médication à la mode propagée par les annonces de la quatrième page. Il a insisté sur les avantages de la vulgarisation des prescriptions hygiéniques. On a chaudement applaudi notre confrère qui, depuis vingt années, prêche d'exemple et qui est devenu un vulgarisateur éminent.

— *Statistique de littérature médicale.* — Nous connaissions 120 journaux de médecine publiés à Paris. Il paraît que nous nous trompions et de beaucoup ! La *France médicale* affirme qu'elle en connaît 210. Notre collègue du Syndicat de la presse rendrait service à cette association, s'il voulait bien publier les noms de ces journaux. Jamais on n'a vu une profession aussi éclairée que la nôtre ; 14,000 médecins pourvus de 210 journaux ! cela suppose, *pour chaque feuille, soixante-six lecteurs* !

— Le Dr Marotte, membre de l'Académie de médecine depuis 1868, vient de mourir à l'âge de 84 ans. Son grand âge le tenait éloigné des séances depuis longtemps déjà

— *Alliance des savants et des philanthropes.* — Il y a quelques jours, a eu lieu, à la mairie du IXe arrondissement, une réunion de la Branche française de l'alliance des savants et des philanthropes de tous les pays. Cette réunion était présidée par le Dr *Dumontpallier*, membre de l'Académie de médecine.

La question traitée a été la recherche des meilleurs moyens de combattre la dépopulation de la France.

— Le Conseil municipal vient de voter la création d'une nouvelle *Maternité à l'hôpital Saint-Antoine*. Elle renfermera 62 lits.

Cette mesure s'imposait depuis longtemps. En effet, l'hôpital Saint-Antoine, situé dans un quartier pauvre et très peuplé, ne possédait que quelques lits d'accouchement, épars, de ci, de là, dans différents services, et par suite dans de très mauvaises conditions. Espérons que ces lits supplémentaires seront supprimés en même temps, ou au moins consacrés uniquement aux malades ordinaires.

— Un certain nombre de médecins se sont vu renouveler par leurs électeurs leur mandat de conseiller municipal de Paris. Ce sont les docteurs *Brousse*, *Dubois*, *Deschamps*, *Lamouroux*, *Levraud*, *Navarre*.

Il en est un, l'infortuné *Cattiaux*, qui a été privé de la confiance de ses électeurs et rendu aux douceurs de la vie privée et de l'exercice de la médecine. Il tenait, cependant, au dernier conseil une place considérable ; en effet, toutes les fois qu'une parole bouffonne était attribuée, par un journal politique à un conseiller municipal, on était sûr que M. Cattiaux en endossait la responsabilité. C'est ainsi que lors de la manifestation des étudiants à l'Hôtel de Ville, à propos de la révocation d'un externe à Saint-Antoine, on a attribué à M. Cattiaux cette parole digne des époques moyenâgeuses où les nobles seigneurs malmenaient les manants selon leur bon plaisir : Que ne les passe-t-on au fil de l'épée ! »

Nous ne voudrions pas paraître narguer le vaincu d'hier, mais nous devons à la vérité de déclarer que cette réputation donne à M. Cattiaux beaucoup de chances pour que, dans l'avenir, son nom devienne un mythe, un symbole, comme est devenu, par exemple, celui de M. Prudhomme, qui a peut-être existé ailleurs que dans l'imagination d'Henri Monnier.

— On organise dans les lycées de Paris, des *sections d'infirmiers-brancardiers*. Les élèves de 18 à 20 ans sont autorisés à se faire inscrire à l'Association des Dames françaises, pour suivre une série de conférences et de leçons pratiques données par les médecins de l'Association. On annonce que les élèves ont répondu en très grand nombre à l'appel, qui leur a été fait.

Il est possible que cette petite note fasse vibrer la corde patriotique chez un certain nombre de personnes au cœur sensible. Mais, pour notre compte personnel, nous trouvons qu'il y a là... beaucoup de parade pour rien. Comme résultat pratique, ça distraira un peu ces jeunes gens de leurs études classiques, et c'est tout.

Il fut un temps où l'on apprenait aux jeunes potaches le maniement du fusil. Des lycéens, le mouvement est passé aux écoles communales ; et nous avons eu les bataillons scolaires. Tout cela a été fort justement supprimé. En revanche, voilà qu'on va apprendre en quelques leçons sur le pouce, avec, paraît-il, une leçon pratique sur le terrain, les manœuvres des brancardiers, à des jeunes gens dont la plupart seront autre chose dans l'armée.

Il serait préférable de bien choisir et bien instruire les infirmiers-brancardiers au régiment, et de permettre aux médecins d'apprendre sérieusement leur service, en les plaçant là où leurs fonctions les appelleront. Le fera-t-on ? Ce serait bien étonnant ; car la règle admise est de ne jamais prendre une bonne résolution, sans avoir cent fois pesé et repesé le pour et le contre.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ECOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

Vient de paraître :

La vue, son hygiène, ses maladies, in-18 de 216 pages, par le Dr Jocqs, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin-oculiste de l'hôpital International. **— Prix : 4 francs,** cartonné à l'anglaise. — Envoi *franco* contre un mandat adressé à M. le Directeur, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Ce livre, à la fois scientifique, clair et facile à comprendre, peut convenir aussi bien au public non médical désireux de s'instruire qu'au médecin non spécialiste qui voudra rafraîchir ses idées sur les maladies des yeux les plus communes et les premiers soins à leur instituer.

L'auteur y donne une description, sommaire mais suffisamment complète, de l'appareil et du mécanisme de la vision, de ses maladies et de leur traitement.

La question des lunettes y est traitée avec un soin tout particulier : Pourquoi et dans quels cas il faut porter des verres, ce que c'est que la presbytie, la myopie, l'hypermétropie et l'astigmatisme. Cette partie de l'ophtalmologie, si difficile à comprendre d'ordinaire dans les livres, est expliquée ici en termes clairs et familiers qui la mettront à la portée de tous les lecteurs.

Signalons surtout ce qui a rapport à la myopie des jeunes gens et à l'hygiène scolaire. C'est un chapitre qui intéresse tout particulièrement les pères de famille et les chefs d'institution.

L'hygiène générale de l'œil y est étudiée au point de vue des idées antiseptiques actuelles. La découverte de Pasteur et la théorie microbienne y sont très clairement exposées.

Les futurs conscrits et les candidats aux écoles militaires y trouveront les différents cas de réforme concernant les yeux.

Clair et assez complet, sans être long, ce livre peut être compris de tout le monde ; c'est un exemple parfait de vulgarisation médicale. Tous ceux qui ont souci de leurs yeux voudront l'avoir entre les mains.

Net franco 3 fr. 20 pour MM. les membres du Concours médical.

Une femme Fin de Siècle, par Henri DATIN. — Un volume in-18 de 300 pages. Prix *franco*, contre mandat-poste : **3 fr. 50.**

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

La suture des nerfs.

Nous avons parlé, l'année dernière, des magnifiques résultats que l'on obtient en suturant, au moyen de catguts, des nerfs sectionnés et dont les deux bouts sont écartés de plusieurs centimètres. Actuellement une discussion s'est élevée à l'Académie à propos d'une observation de M. Berger, sur la suture des nerfs et le retour immédiat de la sensibilité en maintenant les deux bouts accolés l'un à l'autre. M. Le Fort défend avec acharnement, d'après ses expériences cliniques, l'opinion que le simple accolement des deux bouts d'un nerf sectionné suffit pour faire immédiatement passer l'influx nerveux dans la totalité du nerf, comme dans le cas d'un conducteur électrique.

Il se passerait pour les nerfs ce qui se passe pour un fil de cuivre sectionné et dont il suffit de placer les deux bouts en contact parfait pour qu'un courant électrique puisse facilement le parcourir.

M. Laborde, s'appuyant sur la physiologie et sur les nombreuses expériences de laboratoire faites sur des animaux, déclare cette théorie absolument fausse, l'influx nerveux n'ayant qu'une très vague ressemblance avec l'électricité et ne pouvant passer dans un conducteur sectionné, même en supposant que les deux bouts soient en contact. Il ne faut pas, dit-il, de solution de continuité pour que les vibrations cellulaires nerveuses puissent suivre les cylindres-axes jusqu'aux terminaisons. — Mais, répond M. Le Fort, vous ne parlez que d'après ce que vous avez vu sur des animaux ; nous, nous expérimentons sur l'homme qui sait rendre compte de ses sensations les plus obtuses. — Justement, dit M. Laborde, l'homme ne sait pas analyser les sensations d'une manière aussi précise que nous les vérifions avec nos appareils enregistreurs. — La discussion menace de s'éterniser ; et quoique, depuis quelque temps, la physiologie semble bien souvent mise en défaut par les résultats des opérations chirurgicales (extirpation du ganglion de Gasser, sans troubles trophiques ; persistance des menstrues après l'oophorectomie totale double, etc.), nous croyons, avec M. Laborde, qu'un simple accolement, forcément imparfait des deux bouts d'un nerf sectionné, ne peut suffire pour rétablir la circulation nerveuse. Si la sensibilité reparaît, c'est par des phénomènes de circulation nerveuse récurrente, par l'intermédiaire des anastomoses, et ces phénomènes sont provoqués par la dynamogénie, l'irritation qu'exerce l'opération de la suture.

Quoi qu'il en soit, tout le monde est d'accord sur ce point, que tout nerf sectionné doit être immédiatement suturé et l'accolement pratiqué avec autant de soin et d'antisepsie qu'il est possible.

Traitement de l'orchite blennorrhagique.

Le Dr *Diday*, de Lyon, a préconisé une méthode de traitement de l'orchite aiguë que nous ne saurions trop recommander. Cette méthode consiste à badigeonner les parties douloureuses avec une solution d'acide phénique composée, comme le vésicatoire phéniqué :

Acide phénique cristallisable.....	9 grammes.
Alcool..............................	1 —

On se sert, pour faire ce badigeonnage, d'un pinceau à lavis, qu'on promène à deux ou trois reprises différentes non seulement sur toute la portion du scrotum intéressée, mais encore le long du trajet du cordon, en cas de funiculite. Au bout de deux ou trois minutes, toutes les parties touchées par la solution prennent un aspect nacré que l'on observe dans toutes les brûlures par l'acide phénique. Lorsque ce reflet nacré s'est produit, le résultat voulu est obtenu. Au bout de quelques heures, la douleur disparaît

et après trois jours, quatre au plus, le malade peut reprendre ses occupations.

Dans tous les cas observés, une seule cautérisation a suffi, et on n'a jamais été obligé de recourir à une seconde application du caustique.

Ce procédé est supérieur à tous les autres traitements : émissions sanguines, application d'onguent belladoné, etc... Il n'a qu'un gros défaut : c'est d'être, dans certains cas, extrêmement douloureux. C'est pour combattre cette douleur, produite par la brûlure, qu'on recommande, aussitôt la cautérisation faite, l'application de compresses d'eau glacée. Généralement, au bout d'une heure ou deux, la douleur de la brûlure cesse à son tour.

Pour remédier à cet inconvénient du traitement de l'orchite blennorrhagique par la cautérisation phéniquée, on peut faire, au préalable, des injections sous-cutanées de chlorhydrate de cocaïne. On fait, à des distances à peu près égales, 4, 5 injections successives de chlorhydrate de cocaïne, de façon à faire pénétrer sous toute la surface, qui sera cautérisée quelques minutes après, 8 à 10 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne. Grâce à ces injections préliminaires, l'application du caustique se fait sans réaction douloureuse et le seul inconvénient inhérent à ce procédé très sûr et très efficace se trouve écarté.

Durée de l'incubation et de la contagiosité des maladies infectieuses les plus communes.

La Société clinique de Londres avait chargé, en 1888, une Commission de rechercher la durée de l'incubation et de la contagiosité des maladies infectieuses les plus communes.

Nous empruntons à la *Semaine médicale*, le résumé de cet intéressant rapport, qui vient d'être terminé.

Diphtérie. — La durée de l'incubation de cette maladie est le plus souvent de deux jours et ne dépasse généralement pas quatre jours. Elle peut toutefois atteindre cinq, six et même sept jours. Une incubation de plus de sept jours est douteuse.

Dans la grande majorité des cas réunis par la Commission, la maladie a été contractée par des personnes ayant été en rapport avec des individus en puissance de diphtérie ou en convalescence de cette affection. La contagion est également possible à la période d'incubation de la maladie. Les diphtériques convalescents peuvent transmettre l'affection pendant une période de temps indéterminée, mais en tout cas assez prolongée. Le virus diphtérique se fixe facilement sur les vêtements et autres objets et y conserve son infectiosité pendant des mois, peut-être même pendant des années. Une affection préexistante de la gorge prédispose à la contagion diphtéritique.

Fièvre typhoïde. — La période d'incubation dure le plus souvent de douze à quatorze jours. Parfois sa durée est de dix, de neuf, de huit jours et peut-être même moins. Dans quelques cas rares on a noté des incubations de quinze, de dix-huit et de vingt-trois jours.

Un individu atteint de fièvre typhoïde reste contagieux pour son entourage pendant toute la durée de la maladie et pendant les quinze jours qui suivent le début de la convalescence. Le virus typhique peut se conserver dans les effets du malade pendant deux mois.

Influenza. — Le plus souvent l'incubation est de trois à quatre jours, mais sa durée peut varier entre un et cinq jours. Le malade peut

---

FEUILLETON

La médecine thermale au point de vue déontologique (*suite*).

Quelle doit être notre conduite dans les cas de ce genre? Ne rien dire, garder le malade, et faire de notre mieux. On me répondra qu'il n'y a rien de très héroïque là dedans. J'en conviens. Il n'en est pas moins vrai qu'on ne saurait agir différemment sans porter un préjudice sérieux au médecin du malade, et au malade lui-même, parce qu'il se trouverait singulièrement dérouté. J'ajouterai seulement, comme correctif, qu'à son départ il faut, très franchement, écrire au confrère qui nous l'a envoyé qu'à notre avis, une autre année, telle autre station nous semblerait plus indiquée, pour telle et telle raison. On est presque toujours récompensé plus tard, sous une forme ou sous une autre, de ce conseil désintéressé. Pour un client qu'on aura perdu on en retrouvera souvent plusieurs et on aura fait ce que l'on devait faire.

6° *Le traitement thermal était formellement contre-indiqué.*

Mais voici un cas beaucoup plus grave, le plus délicat de tous, sans conteste.

Il y a eu, de la part du médecin ordinaire du malade, une erreur radicale, soit au point de vue du diagnostic, soit au point de vue de la station choisie, soit encore au point de vue d'une maladie concomitante, rendant dangereux, par elle seule, le traitement hydro-minéral, qui serait indiqué sans cela (1).

Ainsi, pour choisir un exemple frappant, — que j'emprunterai à ma première supposition : erreur de diagnostic — il arrive parfois qu'un cancer de l'estomac (cancer en nappe, sans tumeur apparente, siégeant sur la face postérieure ou sur la petite courbure, et pas très avancé encore) est adressé, sous une autre étiquette, à une eau minérale parfaitement indiquée dans les dyspepsies non organiques.

Les cliniciens les plus éminents sont souvent fort embarrassés dans certains cas de ce genre. C'est dire que tout le monde peut se tromper et se trompe; mais enfin, il est des cas qui, relativement faciles pour un médecin spécialisé, sont beaucoup plus difficiles pour un confrère non spécialisé. Le contraire ne serait pas précisément très flatteur pour le premier.

Eh bien, je suppose qu'il a reçu, sous l'étiquette « dyspepsie douloureuse, maladie de Reichmann, etc. », ce qui, pour lui, est un cancer (1). Il sait que le traitement hydro-minéral, dans l'espèce, a neuf chances sur dix : 1° de n'être pas supporté — à telle enseigne que, dans les cas douteux, il se charge souvent de faire le diagnostic ; — 2° d'aggraver notablement, presque toujours à brève échéance, l'état du malade.

Que faire ?

Dire à ce malheureux — même quand on se croit bien sûr de son diagnostic — que les eaux ne lui conviennent pas ? qu'il n'en retirera aucun profit ? qu'au contraire elles risquent fort d'exagérer son état ? Mais, outre que ce serait cruel — d'autant plus cruel qu'il a essayé auparavant, et sans résultat sérieux, bien des médicaments, et qu'il croit avoir enfin trouvé

(1) Telle, par exemple, une affection cardiaque méconnue dans un cas de rhumatisme relevant des eaux hyperthermales à usage externe.

(1) Réciproquement, on sait combien la maladie de Reichmann (hyperchlorhydrie avec dilatation), à un degré avancé, peut simuler un cancer.

transmettre l'affection pendant les huit à dix jours qui suivent l'apparition des premiers symptômes morbides.

Rougeole. — La période d'incubation de cette maladie, calculée depuis le moment présumé de l'infection jusqu'à l'apparition du *rash* morbilleux est, dans la majorité des cas, de neuf à dix jours ; mais elle peut aussi n'être que de quatre à cinq jours, ou bien se prolonger jusqu'à quatorze jours.

Un malade ayant été atteint de rougeole reste une source de contagion pendant quinze jours à partir de l'apparition du rash morbilleux. Le virus de la rougeole peut probablement être retenu par les effets du malade pendant un court espace de temps.

Rubéole. — Cette maladie a une période d'incubation d'une durée fort variable. Le plus souvent elle est de deux à trois semaines ; dans quelques cas, elle a été de cinq, six, huit et neuf jours.

Le maximum de la contagiosité coïncide avec les deux ou trois jours qui précèdent le rash et avec le rash. La contagiosité diminue ensuite pour s'éteindre complètement au bout de huit jours. Le virus n'est probablement pas retenu pour longtemps par les effets du malade.

Oreillons. — L'incubation est le plus souvent de trois semaines : cependant sa durée peut varier entre quatorze ou vingt-cinq jours.

La maladie est très contagieuse pendant la période des prodromes, qui se prolonge parfois jusqu'à quatre jours. Sa contagiosité s'épuise probablement au bout de quinze jours et très certainement au bout de trois semaines après l'apparition de la parotidite.

Scarlatine. — La durée de l'incubation est habituellement de vingt-quatre à soixante-douze heures ; mais assez souvent elle peut se prolonger jusqu'à quatre, cinq, six et sept jours.

Le malade reste infectieux pendant les deux mois qui suivent l'apparition des premiers symptômes morbides. Le virus de la scarlatine s'attache facilement aux effets.

Variole. — La durée de l'incubation est généralement de douze jours avec des variations d'un jour en moins ou en plus. Parfois elle est de neuf à dix ou bien de quatorze à quinze jours.

La variole est infectieuse depuis l'apparition des premiers symptômes jusqu'à la chute définitive des croûtes. Elle est beaucoup plus infectieuse pendant l'acmé de la période active que pendant la période initiale. Pour cette raison l'isolement du malade dès le début du rash variolique doit être considéré comme une mesure utile, pouvant prévenir ou au moins diminuer la diffusion de la variole. Le virus variolique peut être emmagasiné et disséminé par les effets et même par la chevelure des personnes ayant approché le malade.

Lorsqu'une personne, qui a été en contact avec un varioleux ne présente aucun signe d'indisposition, ni de fièvre au bout de quinze jours d'observation, on peut en conclure qu'elle n'a pas contracté la maladie et que son isolement ultérieur est inutile.

Varicelle. — La période d'incubation de la varicelle est un peu plus longue que celle de la variole. Elle est de quatorze jours dans la majorité des cas ; parfois elle est un peu plus courte et d'autres fois elle se prolonge de quatre à cinq jours.

M. Lereboullet a publié, dans son numéro du 13 mai 1893 : *Un dernier mot au sujet de l'Assu-*

---

le bon — que penserait-il de son médecin ordinaire ? Il ne lui pardonnerait pas ; sans compter que son erreur aurait entraîné, en pure perte, un déplacement plus ou moins fatigant et onéreux.

Mais, d'autre part, il y va des plus graves intérêts de ce malade, qui passent — je l'ai déjà dit, mais je le répète — avant vos intérêts à vous, avant les nôtres, avant tout.

Dans des circonstances semblables, voici, à mon sens, la conduite à tenir.

De deux choses l'une : ou bien l'état du malade est tel qu'il nous paraît devoir succomber pendant la durée de la saison ; ou bien, au contraire, la terminaison fatale est une question de mois, approximativement.

Dans la première hypothèse, j'estime que nous pouvons et que nous devons renvoyer le malade le plus vite possible, sous un prétexte quelconque, en cherchant, bien entendu, les plus plausibles et les plus ingénieux, en lui disant, par exemple, — mais ça ne prend pas toujours — qu'il lui est survenu une complication que rien ne pouvait faire prévoir et qui seule contre-indique le traitement.

Evidemment, son retour sera fort désagréable au médecin qui nous l'aura adressé dans des conditions aussi fâcheuses ; mais, si nous le gardons, notre confrère sera bien obligé d'en passer, peu après, par les mêmes ennuis, ou, plutôt, par des ennuis autrement sérieux, puisque son client lui reviendra dans la double enveloppe de plomb et de chêne que vous connaissez. D'autre part, on sait combien il est agréable, commode et économique, de mourir loin de sa famille, dans une chambre d'hôtel. Enfin, et bien qu'ils viennent à l'arrière-plan, l'intérêt de la station et l'intérêt du médecin de cette station méritent d'entrer en ligne de compte.

Conclusion : nous avons, en pareille occurrence, le droit et le devoir de renvoyer ce malade.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que s'il est incapable de supporter le voyage, on le gardera coûte que coûte. On ne met pas un demi-agonisant en wagon. Il va de soi, en outre, que le médecin traitant doit, en pareil cas, et dès qu'il est fixé sur la gravité de la situation, en informer le médecin ordinaire du malade et le tenir au courant de tout.

Voilà pour la première hypothèse.

Mais dans la seconde, à savoir celle où le malade en a encore pour quelques mois, j'estime qu'il faut le garder, alors même que le traitement est formellement contre-indiqué et doit lui être, *théoriquement*, très défavorable.

Je m'explique, et c'est à dessein que j'ai souligné le mot : *théoriquement*.

Si on renvoie le malade dès son arrivée, on lui porte un coup énorme, qui retentira bien vite sur son organisme dont la résistance est amoindrie. On lui enlève l'espoir vain qu'il avait mis dans cette cure d'eaux, et il y a longtemps qu'on a dit qu'il ne fallait jamais enlever l'espérance aux désesperés. Les conséquences d'une conduite de ce genre sont souvent graves. Pour ma part, je regrette vivement d'avoir commis plusieurs fois cette faute dans mes premières années de pratique, par crainte d'avoir un accroc, de voir le malade me glisser entre les mains, ou de l'entendre dire, de droite ou de gauche : « Ça ne va pas... Je me sens plus mal... Je ne sais pas si le médecin auquel on m'a adressé me soigne bien... Il est un peu jeune, en somme, etc., etc. ».

Ceux qui sont sans péché me jetteront la première pierre. Au surplus, il y a longtemps déjà que j'ai compris la nécessité d'être plus courageux, de mentir

rance maladie. Nous serions très aises de savoir s'il est de M. Lereboullet journaliste, ou de M. Lereboullet, secrétaire général de l'Association. Plusieurs de nos collègues, présidents de Sociétés locales, ont sûrement éprouvé, comme nous, quelque étonnement du ton de cet article qui ne doit pas être un *communiqué* du Président. M. Lereboullet fait une sévère, trop sévère leçon, à ceux qui, dit-il, protestent contre ce qu'ils appellent les tendances rétrogrades de l'Association des médecins de France.

A diverses reprises les Assemblées générales, à l'occasion des Syndicats, à l'occasion de l'Indemnité-maladie, ont, elles aussi, protesté contre ces tendances.

M. Lereboullet le prend cette fois-ci sur un ton plus aigu encore que ses prédécesseurs au Secrétariat.

Avant de lui répondre, il faudrait savoir à quoi s'en tenir.

A. C.

MÉDECINE PRATIQUE

Diagnostic et traitement du typhus exanthématique.

Le *typhus exanthématique* est une maladie infectieuse, éruptive, existant à l'état endémique dans certaines contrées, et, par suite, susceptible de devenir facilement épidémique, en raison de sa grande contagiosité. En France, le repaire du typhus est la Bretagne, où il a donné lieu à diverses épidémies, toujours rapidement éteintes. En Irlande, il cause chaque année un nombre respectable de décès ; et, d'après le Dr *Combemale* (1), il ne serait pas rare, dans certaines colonies agricoles pénitentiaires, situées sur les confins de la Belgique et de la Hollande. C'est de l'un de ces points certainement que le typhus a gagné, il y a quelques mois, la ville de Lille, où l'épidémie, diagnostiquée et signalée par les médecins, n'a été l'objet d'aucune précaution de la part de l'administration centrale, et, cela, nous a appris M. *Bergeron* à la tribune de l'Académie, parce que le mot *typhus*, inséré dans le rapport, n'avait pas attiré l'attention des membres du Comité consultatif d'hygiène. De Lille la maladie a gagné Paris en passant par Amiens ; et peut-être ferait-elle en ce moment son tour de France, si des mesures sanitaires rigoureuses d'isolement et de désinfection n'étaient venues enfin s'opposer à son expansion. Cependant elle n'est pas terminée. De plus, il n'est pas impossible qu'elle revienne d'ici peu. Il est, par suite, important de pouvoir reconnaître le typhus au premier abord, et de ne pas le confondre avec la *rougeole*, la *fièvre typhoïde* ou la *grippe*.

(1) *Médecine moderne*, 10 mai 1893.

Les symptômes qui permettront, dès le début, de poser le diagnostic sont les suivants : *début brusque, élévation rapide de la température, intensité des symptômes généraux, peu ou pas de symptômes abdominaux.*

Le *début* est généralement d'une brusquerie extrême ; parfois, cependant, l'invasion est annoncée par un malaise général. Un frisson violent ouvre souvent la scène, comme dans la pneumonie. En même temps survient une céphalalgie frontale intense accompagnée de vertiges et bourdonnements d'oreilles ; la face devient assez rapidement congestionnée, vultueuse, les conjonctives injectées, les yeux larmoyants. Les membres et les reins sont le siège de douleurs et d'une lassitude extrême : les malades sont comme roués de coups.

---

imperturbablement avec cette catégorie de malades, de les traiter *en faisant semblant* de les traiter — bien que ce ne soit pas toujours commode — et de sauvegarder ainsi les intérêts de leur médecin, qui s'est trompé comme nous nous trompons tous. Avec un peu d'expérience et de dextérité on parvient à leur faire croire qu'ils se traitent alors qu'il n'en est rien en réalité. On leur donne des doses insignifiantes, alléguant que ces doses suffisent au cas particulier, que les résultats ne sont pas du tout en raison des quantités, que certains organismes — le leur, naturellement — sont extrêmement impressionnables à l'eau minérale dont il s'agit, etc. Et puis, on coupe l'eau avec du lait ou un sirop quelconque ; un peu de froid ou de pluie est prétexte à un arrêt momentané ou définitif du traitement ; quelques médicaments appropriés, quelques précautions de régime, l'influence d'un bon air, du repos physique et moral, de la suggestion enfin, se chargent du reste, et les trois semaines passent tant bien que mal, sans que le patient se trouve et soit plus mal qu'avant. Il est même souvent un peu mieux, comme ensemble, parce que l'eau qui, *théoriquement*, était mauvaise et contre-indiquée pour lui, *pratiquement* n'a pu avoir aucun effet, et que, d'autre part, l'influence du milieu lui a été utile. Aussi nous quitte-t-il parfois assez content. Mais comme la maladie reprendra rapidement tous ses droits, on ne manque pas de le prévenir qu'il subira, quelques semaines après sa cure, c'est-à-dire dans les délais habituels, la crise réactionnelle du traitement. On lui recommande même de revenir *sans faute* l'année suivante, attendu que les résultats seront bien meilleurs, et on se dit *in petto*, mais non sans tristesse, en lui serrant la main, qu'on ne le verra plus.

Il va de soi qu'on aura tenu son médecin au courant de tout et qu'on lui aura donné les raisons de la conduite suivie. Il me paraît difficile qu'il ne l'approuve pas.

7e Cas à consultations.

Au cours d'un traitement qui était parfaitement indiqué, une complication grave, ou une maladie intercurrente, également grave, survient à l'improviste, et l'avis d'un de nos collègues de la station ne répond pas ou ne répond plus suffisamment à la situation.

Nous devons alors, si la distance et surtout si les conditions de fortune semblent le permettre, proposer tout d'abord au malade de faire venir son médecin habituel, qu'on aura informé dès le début.

Mais, dans les circonstances dont je parle, c'est-à-dire si le malade est fortuné et s'il habite une grande ville, comme Paris, lui ou son entourage réclament presque toujours, pour consultant, une autorité médicale (professeur, médecin ou chirurgien des hôpitaux), à moins que le médecin ordinaire ne soit précisément cette autorité-là. Tantôt on nous laisse le choix du consultant ; plus souvent on nous l'impose, directement ou indirectement. Nous devons, bien entendu, nous conformer à ce très légitime désir, — qui a, entre autres avantages, celui de couvrir notre responsabilité — mais il me paraît correct, alors, de demander ce consultant par l'intermédiaire du médecin ordinaire du malade, quand ce médecin habite la même ville, ce qui est la règle. Avec le télégraphe, la perte de temps que pourra entraîner ce léger détour sera bien peu de chose et toutes les convenances seront sauvegardées, comme tous les intérêts.

(A suivre.)

La *température* s'élève très-rapidement, et dès le premier jour elle monte à 39°5 et 40°, le lendemain, elle est à 40°5.

Les *symptômes généraux* se montrent dès le début d'une grande intensité ; le malade offre de suite le tableau que présente la fièvre typhoïde pendant le second septénaire : c'est une stupeur, une demi-somnolence avec des rêvasseries. Cependant le malade répond aux questions qu'on lui pose, mais avec une grande lenteur. La langue devient rapidement sèche et brunâtre ; l'anorexie est complète, l'haleine très fétide.

Il n'y a pas de diarrhée ; au contraire, la constipation est la règle ; le ventre n'est pas douloureux, ni ballonné.

En même temps que le catarrhe oculo-nasal, il existe un *catarrhe laryngo-bronchique*, mais ici, les râles sont humides, au contraire de ce qui a lieu dans la fièvre typhoïde. Parfois, il y a de la congestion pulmonaire dès le début.

Quand on voit un malade présentant ces symptômes dès le commencement de la maladie, alors que l'attention n'a pas été attirée sur le typhus, le diagnostic pourra hésiter entre les trois affections suivantes : dothiénenterie, rougeole et grippe.

Le diagnostic de *fièvre typhoïde* a pour lui l'aspect général du malade, les épistaxis qui ne sont pas rares, et les symptômes nerveux, vertiges, céphalalgie, bourdonnements d'oreille, stupeur ; l'état de la langue, sèche et rôtie, la température élevée, unis aux signes précédents peuvent faire paraître comme indéniable le diagnostic de fièvre typhoïde au commencement du second septénaire, le premier septénaire ayant évolué insidieusement, comme cela se voit, dans la forme connue sous le nom de *typhus ambulatorius.*

Mais ici c'est l'étude attentive du début de la maladie qui devra faire douter de ce diagnostic. En effet, un début brusque par un frisson violent, ou plusieurs frissons répétés, les douleurs très-intenses dans les membres et dans les reins, l'élévation rapide de la température, surtout ce dernier signe, doivent immédiatement faire rejeter l'idée d'une fièvre typhoïde possible. Ajoutons qu'il n'y a pas de diarrhée, pas de douleur dans la fosse iliaque droite, que la rate n'est pas encore tuméfiée, et qu'on ne trouve pas les taches rosées lenticulaires caractéristiques, signes qui font rarement défaut dans une fièvre typhoïde parvenue au second septénaire. Ainsi donc, il est impossible que ce soit une dothiénentérie à son début, pas plus qu'à sa période d'état.

On songera alors à la *grippe*, et cette idée est d'autant plus vraisemblable que la grippe est actuellement très fréquente et qu'elle revêt des formes extrêmement variées. Les symptômes qui rendent ce diagnostic vraisemblable sont : le début brusque, avec élévation rapide de la température, la courbature générale, la céphalalgie, les catarrhes oculaire, nasal, et laryngo-bronchique, la congestion pulmonaire qu'on observe souvent dès le début. Seuls les symptômes généraux paraîtront trop intenses dès le premier jour pour ne pas sembler légèrement suspects ; d'autant plus que dans la grippe à forme typhoïde, ce n'est guère qu'au bout de quelques jours que se montrent les symptômes typhoïdes. De plus, la congestion de la face et des conjonctives est plus prononcée qu'elle ne devrait l'être dans la grippe.

C'est ce dernier symptôme, ainsi que les catarrhes des muqueuses, qui pourront, au premier abord frapper le médecin, et qui lui feront se demander s'il n'a pas affaire à la *rougeole* ; et cette idée soulevée légèrement au début de l'affection paraîtra beaucoup plus sérieuse au bout de quelques jours quand surviendra l'éruption. Cette coïncidence d'une éruption rubéolique suivant à quatre ou cinq jours de distance la congestion oculo-nasale et la bronchite du début, a été cause qu'un certain nombre de cas de typhus ont été considérés comme des rougeoles à évolution anormale, comme des rougeoles malignes. Anormale en effet serait cette maladie si c'était une rougeole, par l'élévation rapide de la température, qui ne monte dans la rougeole, que progressivement pour atteindre son acmé quand apparaît l'éruption. Cependant, dans la rougeole ataxo-adynamique, la fièvre monte très-rapidement ; mais alors l'état général est extrêmement mauvais, et le pouls est petit et d'une fréquence très grande, contrairement au typhus, où malgré la stupeur et les différents symptômes nerveux, le pouls reste large et bon, au moins pendant les 5 ou 6 premiers jours, sa fréquence ne dépassant guère 110 à 120. De plus l'âge des malades est différent, le typhus étant une maladie des adultes, et la rougeole une maladie d'enfants.

Cependant, en résumé, on peut dire qu'au début, alors qu'il n'existe pas d'épidémie de typhus connue, il est deux maladies qui peuvent faire hésiter le diagnostic, c'est la rougeole et la grippe.

Mais, on ne voit pas toujours les malades dès l'abord ; on peut n'avoir à les examiner qu'au moment de l'*éruption*.

Cette éruption a des caractères spéciaux. Elle est assez précoce, puisqu'elle se montre le 3e, le 4e ou le 5e jour. Elle est généralement peu intense, et n'envahit pas tout le corps et les membres comme le fait la rougeole. Elle se borne souvent à quelques taches ; d'autres fois, et la chose ne serait pas absolument rare, elle fait même défaut. *Elle ne se montre jamais sur la face.* — Elle est constituée par des taches rouges, irrégulièrement arrondies, non saillantes, rarement confluentes en quelques points, de la grosseur d'une lentille et plus petites, et qui ne disparaissent pas complètement sous la pression du doigt comme celles de la rougeole. Au bout de quelques jours, elles deviennent foncées et ecchymotiques.

On a signalé, en outre, des espèces de marbrures, dues à des hémorrhagies sous-cutanées ou sous-épidermiques, qui peuvent aussi se montrer sous forme de taches de purpura. Il existe aussi fréquemment des sudamina, symptôme sans importance.

Au bout de quelques jours, l'éruption s'atténue et s'efface comme celle de la rougeole.

Si l'on a suivi le malade depuis le début, on a constaté que la température s'est maintenue invariablement à 40° et au-dessus. Mais vers le 7e au 9e jour, il se produit une rémission de un degré environ, qui est considérée par beaucoup d'auteurs comme absolument caractéristique du typhus ; sa constatation seule dans une courbe

thermique, suivie d'une nouvelle élévation le lendemain, suffit pour poser le diagnostic de typhus exanthématique.

Dans le second septénaire, les symptômes nerveux s'accentuent, il n'y a pas seulement de la stupeur et de la prostration ; il existe en même temps du délire et de l'excitation, parfois gaie, d'autres fois triste, les malades essayant même de se suicider.

La température reste toujours très élevée.

Nous ne parlons pas des autres symptômes, asthénie cardiaque, eschares de décubitus, urines rares et albumineuses, etc., car nous ne voulons faire ressortir que les symptômes qui peuvent aider directement à trancher le diagnostic.

La mort peut survenir dans le second septénaire au milieu des symptômes ataxo-adynamiques.

La défervescence et la convalescence se font d'une façon extrêmement brusque vers la fin du second septénaire ; souvent en 24 heures, la scène a changé totalement, et tous les symptômes inquiétants ont disparu.

Les caractères de l'éruption la différencient suffisamment de la rougeole : c'est l'absence de taches au cou et sur la face, tandis que dans la rougeole, l'éruption est annoncée d'abord par quelques taches derrière les oreilles, et gagne ensuite toute la face où elle est très confluente ; c'est aussi le fond brunâtre et ecchymotique de l'exanthème typhique.

L'apparition de l'éruption suffit pour faire tomber le diagnostic de grippe ; ce n'est que dans les cas où l'éruption fait défaut, que l'on conservera des doutes. Mais la constatation de la tuméfaction de la rate rendra plus vraisemblable à ce moment l'idée d'une fièvre typhoïde.

C'est en effet au moment du second septénaire que le malade offrira le plus l'aspect d'un dothiénentérique. Mais ici encore l'éruption ne ressemble pas aux taches rosées lenticulaires qui disparaissent facilement à la pression.

De plus, la rémission de température qui se montre au 7e ou 8e jour devra toujours faire songer au typhus.

Pour établir le diagnostic il est encore d'autres considérations ; nous les reproduisons telles qu'elles ont été émises à la Société médicale des hôpitaux par M. Netter. Ce sont :

1° L'époque de l'épidémie : le typhus est une maladie d'hiver et de printemps ;

2° L'âge des malades, sensiblement plus élevé que l'âge moyen des typhoïsants ;

3° La condition sociale : si l'on excepte les personnes qui donnent des soins aux malades, le typhus a presque exclusivement frappé des sujets sans domicile ;

4° La fréquence de la contagion, si rare au contraire dans la fièvre typhoïde ;

5° On s'enquerra surtout de l'état des sœurs, des infirmiers, des médecins. Ces personnes sont les meilleurs réactifs du typhus ;

6° On recherche l'existence antérieure de la fièvre typhoïde chez les sujets atteints ;

7° Sur les bulletins des hôpitaux, les cas de typhus se révéleront, en général, par le court intervalle qui sépare l'entrée, de la mort ou de la sortie ;

8° La proportion élevée des décès est enfin un élément important du diagnostic dans la population spéciale qui est presque exclusivement touchée, en France, par l'épidémie actuelle.

Nous serons brefs sur le *traitement* ; car la plupart des médications employées se sont montrées complètement inefficaces. Il n'y a rien à attendre des antithermiques employés ordinairement, antipyrine ou sulfate de quinine ; il n'y a même à peu près rien à attendre de l'emploi des bains progressivement refroidis. Seuls, les bains froids d'emblée à 20°, donnés d'une façon rigoureuse, toutes les trois heures, jour et nuit de dix à quinze minutes de durée, pourront agir favorablement, non seulement sur l'hyperthermie, mais aussi sur l'ataxie nerveuse et l'asthénie cardiaque. Les bains froids, nous tenons à le répéter, sont de puissants stimulants de toutes les fonctions ; ils permettent à la peau de mieux fonctionner, et agissent d'une façon manifeste sur la sécrétion urinaire ; ils sont le meilleur traitement que nous possédions dans toutes les maladies infectieuses graves ; et dans le typhus ils sont plus indiqués que partout ailleurs.

En outre, on remplira les diverses indications qui sont : de soutenir les forces du malade, en donnant des grogs et de l'extrait de quinquina, et de calmer les symptômes d'excitation nerveuse en employant, comme l'a fait M. Comby dans un cas heureux qu'il a relaté, la teinture de valériane et la teinture de musc, à la dose de vingt gouttes par jour.

Dr P. Hervouet.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

Hopital de la Pitié. — M. Paul Reclus.

Traitement des entorses.

Nous avons observé ensemble un certain nombre d'entorses graves guéries en peu de jours par un procédé dont j'ai déjà donné la formule, mais qui ne me paraît pas s'être vulgarisé autant qu'il le mérite. Vous avez vu nos blessés quitter l'hôpital en se servant sans douleur, sans raideur et même sans gêne appréciable de leur jointure forcée. Ce résultat ils le devaient à un traitement bien simple et dont l'originalité, s'il en a une, est qu'il est une synthèse des trois méthodes qui, à cette heure, se disputent la thérapeutique de l'entorse : la balnéation prolongée, le massage et l'enveloppement avec la bande élastique. Je vous demande la permission de revenir une fois encore sur ce sujet, tant je voudrais vous communiquer mes convictions appuyées maintenant sur une pratique de plus de sept années.

La balnéation, dans le traitement des entorses, a déjà un long passé, et Ravaton, J. L. Petit, Boyer, en signalent les bons effets. Mais il faut arriver à Baudens pour en trouver l'application régulière ; jusque-là on se bornait à entourer la jointure forcée de compresses imbibées d'eau blanche et d'alcool camphré ; mais on y appliquait aussi des sangsues sous le prétexte — d'une physiologie bien enfantine — d'absorber le sang épanché dans les tissus. L'immersion dans l'eau froide, préconisée par le célèbre chirurgien militaire, est un progrès dans la thérapeutique des entorses ; elle apaise la douleur, arrête la tuméfaction, s'oppose aux phénomènes

inflammatoires consécutifs ; dans des mains habiles, elle a rendu de réels services et, par elle, de nombreuses entorses ont été guéries. Mais une grande patience est nécessaire, car l'immersion dans l'eau froide dure trois, quatre, huit et même dix jours, « tant que le blessé s'y trouve bien », disait Baudens.

J'ai proposé de substituer à l'immersion dans l'eau froide l'immersiou dans l'eau très chaude, dont la valeur me paraît infiniment supérieure, et voici quels me paraissent en être les avantages : d'abord, la haute température accélère la circulatiou qui débarrasse plus rapidement les tissus des exsudats extravasés par le traumatisme ; elle augmeute, dit-on, l'activité nutritive des protoplasmas qui réparent plus vite les désordres articulaires ; enfin, on n'a pas à redouter avec elle les réactions si vives qui succèdent trop souvent à l'emploi de l'eau froide, le gonflement et la congestion consécutives. Je ne sais si mes adeptes sont très nombreux ; en tout cas j'ai eu le plaisir de voir mon opinion acceptée par le docteur Rosenblith, car ce spécialiste écrivait récemment : « Je plonge l'articulation malade pendant dix minutes dans de l'eau très chaude, qui dilate les vaisseaux de la partie à masser. »

La technique de l'immersion est des plus simples : l'articulation entorsée est mise dans une poissonnière si la lésion siège au membre supérieur, dans un bain de pied si elle a frappé le membre inférieur, et c'est dans l'un ou l'autre de ces récipients que l'on verse de l'eau d'abord à 45 degrés centigrades ; puis, peu à peu, on ajoute de l'eau bouillante de façon à élever progressivement la température. Certains blessés ne peuvent supporter plus de 51 à 52 degrés, mais d'autres vont assez facilement jusqu'à 55. On s'arrête alors, et il nous paraît inutile de dépasser cette température d'une tolérance déjà difficile. L'immersion doit être assez prolongée ; mais on ne peut guère aller au delà de dix minutes, car la température du corps tout entière s'élève et le malade se couvre de sueur. C'est à ce moment qu'on cesse la balnéation et que, dans mon procédé thérapeutique, on a recours au massage.

L'immersion, comme procédé exclusif pour le traitement des entorses, perdit le plus grand nombre de ses partisans le jour où le massage, abandonné jusqu'alors aux mains des rebouteurs, fut réhabilité par Bonnet, de Lyon, puis vulgarisé par Lebatard et par Girard en 1856, par Nélaton, par Malgaigne, Broca et Servier. Le massage fit alors son entrée triomphale dans la médecine officielle et, depuis, il est resté parmi nous la méthode de choix. Toutes les entorses ont été massées, le plus souvent au grand bénéfice des blessés. Lorsque le mal est léger, trois ou quatre jours suffisent pour amener une guérison durable, et l'on a vu même des individus, cloués au repos par la douleur que provoquait le moindre mouvement, reprendre la libre fonction de la jointure après une seule séance.

Le « lève-toi et marche » de l'Evangile a pu se renouveler pour eux, et, lors du renouveau du massage, les journaux du temps racontèrent des faits merveilleux de guérison rapide pour des « étoiles » de l'Opéra. Ne croyez pas, cependant, que cette restitution immédiate de la fonction soit la règle et, même sous les doigts des virtuoses du massage, les entorses de gravité moyenne exigent plusieurs jours d'un traitement assidu.

On a voulu faire du massage une science fort ardue, qui nécessite des dons particuliers ou, pour le moins, une lente initiation. Certainement, un bon masseur ne s'improvise pas, et tous les métiers doivent s'apprendre ; mais un médecin instruit, attentif, agile de ses doigts et qui, par surcroît, connaît l'anatomie, les sinuosités articulaires, les gaines des tendons, les groupes musculaires, le trajet des nerfs et des vaisseaux, peut, en quelques heures, devenir assez habile pour traiter utilement une entorse. Il ne faut pas se laisser éblouir par la multiplicité des termes dont on a hérissé les livres publiés sur ce sujet. En somme, le but à atteindre est très simple et les manœuvres pour y arriver assez peu compliquées. On veut provoquer la résorption plus rapide des extravasats épanchés autour de la jointure, et pour cela, il suffit d'exercer des pressions graduelles d'abord très douces et progressivement, plus appuyées, qui diffusent, sur un large espace, dans les mailles du tissu conjonctif, le sang et la lymphe, dont l'absorption se fait alors par des voies beaucoup plus nombreuses.

Nous n'avons pas à vous apprendre ici comment on pratique le massage et vous avez vu nos élèves du service oindre la jointure entorsée d'un corps gras quelconque, huile ou vaseline, entourer de leurs deux mains la région douloureuse et gonflée et la presser de la face palmaire de leur pouce. C'est d'abord uu frôlement doux, un glissement, une pression légère et toujours dirigée de l'extrémité du membre vers sa racine. Ces frictions « centripètes » sont de rigueur, et tous les spécialistes attachent une grande importance à ces passes faites uniquement dans le sens du courant veineux. Cette pratique s'explique : d'abord, on refoule les exsudats péri-articulaires vers des régions à lames cellulaires plus étendues et où les mailles conjonctives sont plus aptes à l'absorption, et puis, si on massait dans les deux sens, la pression centrifuge ramènerait au point d'origine les infiltrations séro-sanguines qu'en avait chassé la pression centripète.

Des discussions sans terme se sont élevées sur la durée de chaque séance ; les uns déclarent que une, deux, trois heures même sont nécessaires et d'autres se contentent de dix minutes ; pour ma part, je me rattache plutôt à la pratique de ces derniers, et je ne dépasse guère un quart d'heure, un peu plus du temps qu'a duré l'immersion du membre dans l'eau chaude. Après cinq minutes de pression légère, la région est comme engourdie et le patient supporte beaucoup mieux les frictions énergiques ; on sent sous le doigt fondre l'œdème et s'écraser les caillots sanguins qui crépitent et se dissocient. D'ailleurs, si la séance est bien supportée, on peut la renouveler deux ou trois fois dans le même jour, et nous préférons ces massages brefs et multiples au pétrissage prolongé : l'effet thérapeutique nous en paraît meilleur. Quoi qu'il en soit, il nous paraît, enfin, que le massage est un moyen excellent ; on ne compte plus les succès indiscutables qu'on lui doit. Aussi voulons-nous le conserver au même titre que la

balnéation dans notre thérapeutique de l'entorse.

Cependant on a cherché mieux encore, et, d'après nous, on a trouvé. Bruns et Siebermann ont appliqué aux entorses la bande en caoutchouc dont Marc Sée s'est fait, en France, le défenseur convaincu. Grâce, dit-il, à la pression douce, mais soutenue, qu'elle exerce sur la région blessée, elle refoule les liquides extravasés qui l'infiltrent ; le sang et la lymphe cheminent jusqu'aux tissus sains où leur absorption est plus facile. « La bande élastique agit donc comme le massage, mais elle a sur lui cet avantage que son action est continue ; elle évite les réactions qui s'opèrent dans l'intervalle des séances, le retour du gonflement et de la douleur. » Nous avons bien des fois contrôlé la réalité de cette assertion, et, depuis près de dix ans, nous avons recours à la bande élastique, dont l'emploi, du reste, ne présente aucune difficulté ; voici cependant les règles élémentaires dont il ne faudrait pas se départir :

Dès que l'entorse s'est produite, nous enveloppons la jointure entorsée avec la bande élastique ; s'il s'agit du pied, — car nous avons étendu son emploi aux autres articulations, — nous mettons nos premiers tours au niveau des orteils et nous enroulons la bande autour du pied, puis du cou-de-pied, jusqu'à mi-jambe environ ; nous ne la serrons pas ou mieux nous la serrons juste ce qu'il faut pour qu'elle puisse tenir. C'est suffisant, et, à l'exemple de Marc Sée, nous recommandons au patient ou aux personnes de son entourage d'enlever la bande si la striction était assez forte pour provoquer de la douleur. Lorsque l'entorse n'est pas très grave, que les déchirures sont peu étendues, que l'articulation est sans mobilité anormale, nous permettons les mouvements. Siebermann raconte que, grâce à cet enveloppement pratiqué sur son pied entorsé, très gonflé et très douloureux, il put marcher le lendemain et faire, au cinquième jour, son service militaire.

Je pourrais citer aussi ma propre observation : lors d'une chute de voiture, j'eus une entorse du genou telle, qu'après m'être relevé et avoir fait quelques pas dans la rue, je fus obligé de m'arrêter tant la douleur était vive ; au bout d'une demi-heure, la région était chaude, gonflée, déformée et déjà la rotule était soulevée par une petite quantité de liquide. J'appliquai aussitôt la bande élastique. L'apaisement fut immédiat, et, au repos, du moins, la souffrance était nulle ; je pouvais même marcher sans trop de douleur en terrain plat ; dès le cinquième jour, je commençai à monter facilement un escalier et je pouvais le descendre quelques jours plus tard. Au bout de deux semaines, la plupart des mouvements étaient possibles et les trois semaines n'étaient pas écoulées que je pus quitter la bande en caoutchouc qui avait guéri mon entorse, tout en me permettant de ne pas interrompre mes occupations habituelles.

L'immersion du pied dans l'eau chaude, les massages, l'enveloppement dans la bande en caoutchouc, voilà donc les trois méthodes principales que la thérapeutique actuelle nous fournit pour le traitement des entorses. Pour ma part, je les retiens toutes les trois, car il me semble que, loin de s'exclure, elles peuvent se prêter un mutuel appui, et voici la technique que je vous propose : je commence par appliquer le plus tôt possible, immédiatement après l'accident si les circonstances le permettent, la bande élastique selon la méthode indiquée plus haut. Elle doit rester à demeure et fait le fond du traitement. Cependant, deux fois par jour, le matin et le soir, je l'enlève pour essuyer et laver la région. En effet, sous son tissu imperméable, s'accumule la sueur qui se décompose vite, prend une odeur insupportable, et, chose plus grave, irrite les téguments ; sans la précaution que j'indique, elle pourrait provoquer des poussées eczémateuses et de véritables éruptions d'acné ou de petits furoncles.

C'est alors qu'intervient le deuxième précepte du traitement : on profite de cet enlèvement momentané de la bande élastique, le matin et le soir, pour plonger la jointure entorsée dans un bain dont ont élève progressivement la température, à 48, 50, et même à 55 degrés centigrades. Il me paraît inutile d'aller jusqu'à 60 et 62, comme je l'ai vu faire pour quelques malades stoïques. Sous son influence, la douleur cesse si déjà la bande élastique ne l'a pas calmée ou dissipée ; la circulation s'active, peut-être aussi les échanges nutritifs, et nous nous imaginons que ces modifications diverses doivent être pour beaucoup dans la résorption plus rapide des exsudats péri-articulaires. Quoi qu'il en soit, l'amélioration est manifeste, et après les dix ou quinze minutes tout au plus que les patients ont pu supporter l'immersion, la jointure entorsée se trouve plus souple et les mouvements plus faciles.

C'est encore pour activer la résorption des exsudats que nous ajoutons le massage à la pression exercée par la bande élastique ; et ce massage constitue le troisième terme de notre traitement. Le caoutchouc a bien sur le massage l'avantage d'agir d'une façon continue, mais il ne peut, comme le massage, chasser des mailles, qui les contiennent, des caillots solidifiés ; l'énergique pression du doigt, le « pétrissage » n'est pas de trop pour cela ; il dissémine beaucoup mieux les infiltrations péri-articulaires et prépare ainsi la besogne à la bande élastique. En effet, après l'immersion du pied dans l'eau chaude pendant dix à quinze minutes, après une séance de massage d'une même durée, encore dix à quinze minutes, on enveloppe le membre pendant douze heures sous la bande de caoutchouc. Et il faut que l'entorse soit très grave, les délabrements étendus, les déchirures considérables, les épanchements sanguins abondants, pour que la guérison complète ne soit pas obtenue en moins de quinze jours.

Je pourrai vous citer un grand nombre de faits où cette triple manœuvre, l'enroulement élastique, l'immersion dans l'eau à 50 degrés et le massage, ont donné les meilleurs résultats. Je laisserai de côté les observations recueillies dans notre service, d'abord parce que vous les connaissez, et puis elles sont sujettes à une double erreur : parfois, quelques malades, soucieux de leur famille et de leur travail, se disent guéris pour quitter plus tôt l'hôpital ; d'autres, en plus grand nombre, surtout aux époques de chômage et pendant la mauvaise saison, accusent encore des douleurs qu'ils n'ont plus pour continuer leur séjour. Aussi vous rappellerai-je seulement quelques cas que j'ai soignés dans la

clientèle, et qui tirent une réelle importance de l'extrême gravité des lésions : il s'agit de trois entorses de l'articulation tibio-tarsienne et d'une entorse du poignet, variété peu fréquente, mais dont on a exagéré la rareté.

Je fus appelé chez une dame de 39 ans qui, en descendant de voiture, fit un faux pas ; elle voulut marcher, mais la douleur devint si vive qu'on dût la transporter chez elle ; je la vis au bout de quelque temps et la déformation du cou-de-pied était telle que je crus à une fracture sus-malléolaire, mais l'examen minutieux me prouva que les os étaient intacts, sauf peut-être un léger arrachement du sommet de la malléole externe ; le gonflement étendu et rapide était dû à la rupture de quelques veines variqueuses. Je fis immédiatement plonger le pied dans un bain à la température de 45 degrés que je fis élever progressivement jusqu'à 50, et, après un quart d'heure, j'appliquai la bande élastique. Déjà la douleur, très vive au moindre mouvement, était apaisée dès que la région malade avait été immergée, et le bien-être se continua sous la pression du caoutchouc.

Dès le lendemain, le gonflement était moindre ; je recommandai l'immersion bi-quotidienne du pied dans le bain chaud, puis la réapplication immédiate de la bande élastique. Au troisième jour, je commençai les séances de massage, une chaque matin, un quart d'heure environ, après un quart d'heure d'immersion dans l'eau à 50 degrés ; j'écrasais, sous mes pouces, des caillots abondants que j'essayais de refouler vers le mollet ; mais la masse en était telle qu'à la quatrième séance il en existait encore de véritables foyers en arrière, le long du tendon d'Achille. Néanmoins, dès le septième jour, la malade pouvait faire quelques pas dans sa chambre et au douzième, elle tenta, sans dommage, sa première sortie ; au quinzième, la guérison était complète.

Observation analogue pour un Américain de 55 ans qui, dans la rue, en voulant se garer d'un omnibus, se tordit le pied et tomba ; la roue d'une voiture atteignit le front et y fit une déchirure étendue. Le blessé fut transporté à l'hôtel et soigné par un médecin qui sutura la plaie du visage et mit le pied dans un appareil. Je fus appelé au huitième jour ; les douleurs étaient vives, l'impotence absolue et de grandes plaques ecchymotiques noircissaient la région externe du pied et la gouttière rétro-malléolaire ; la pression était très douloureuse au niveau de l'interligne articulaire et au sommet de la malléole externe ; mais la malléole elle-même était absolument intacte ; il s'agissait bien d'une entorse avec épanchement sanguin abondant.

Le traitement fut institué : immersion du pied pendant vingt minutes dans un bain qui fut très difficilement élevé à 49 degrés, le patient ne pouvant supporter une température supérieure ; puis nous pratiquons une séance de massage qui dure un quart d'heure : nous écrasons des caillots, moins nombreux cependant que dans l'observation précédente, et nous refoulons l'œdème vers le mollet ; puis nous appliquons la bande élastique jusqu'au lendemain. Pour la première fois, depuis l'accident, le sommeil fut tranquille. Nous recommençons le lendemain ; le troisième jour, le malade fit quelques pas dans l'hôtel ; le cinquième, on le descendit, et, le septième, il recommençait ses visites quotidiennes à l'Exposition.

J'ai observé récemment une jeune dame qui, en tombant dans un escalier, se fit une entorse grave de l'articulation tibio-tarsienne ; le gonflement fut rapide et l'impotence fonctionnelle presque absolue ; le moindre mouvement était la cause de souffrances telles que le sommeil de la première nuit fut presque impossible. Je fus appelé le lendemain et je prescrivis un bain de pied qui fut pris devant moi à la température de 52 degrés ; je fis, aussitôt après, une séance de massage d'un quart d'heure et j'appliquai la bande élastique. La malade se sentit si bien sous cette compression méthodique et douce, qu'elle voulut et qu'elle put, séance tenante, mettre le pied par terre et faire quelques pas. Le repos néanmoins fut continué pendant quatre jours. Au bout de ce laps de temps, la patiente vaquait à quelques occupations dans sa maison, et, au septième jour, elle sortait, marchait d'un pas assez délibéré ; au quinzième, elle quittait la bande élastique, qu'elle reprit pourtant pendant une semaine encore pour combattre un œdème rétro-malléolaire.

Enfin, j'ai constaté, chez une jeune fille de vingt et un ans, une tuméfaction douloureuse du poignet survenue à la suite d'une chute sur le dos de la main ; cette flexion forcée s'était accompagnée d'une très vive souffrance, et, lorsque je fus appelé, je constatai, outre une tuméfaction généralisée de la jointure, mais plus marquée, cependant, sur la région dorsale, l'absence des signes cardinaux de la fracture, douleur localisée à un centimètre au-dessus de l'interligne, apophyses styloïdes du radius et du cubitus situées au même niveau et déformation en dos de fourchette. Aussi, malgré la rareté de ce traumatisme, je conclus à une entorse radio-carpienne, et j'instituai mon traitement : immersion dans l'eau chaude, massage et enveloppement dans la bande élastique. Le résultat en fut rapide et excellent ; les mouvements, impossibles le premier jour avant notre intervention, commençaient à s'exécuter le lendemain et devenaient faciles le troisième jour. La semaine n'était pas finie que le poignet avait reconquis sa souplesse primitive.

Telle est, Messieurs, la méthode que je vous conseille ; elle est simple, facile, pratique, malgré son apparente complication, et je doute que la balnéation toute seule, le massage sans autre adjuvant, ou la bande élastique à demeure puisse, aussi rapidement et aussi sûrement, guérir des entorses aussi graves. Et voilà pourquoi j'ai voulu revenir sur un sujet que j'ai exposé ailleurs, presque dans les mêmes termes ; mais il me semble présenter un assez vif intérêt pour que j'appelle sur lui, une fois encore, votre attention.

(*Union Médicale*, n° 51, 1893.)

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical du Loiret.

Réunion du Conseil syndical (*7 mai* 1893).

Présents : MM. Popis, *Président* ; Lambry, *Vice-Président* ; Gassot, *Secrétaire* ; Chipault ;

Denance ; Halmalgrand ; Mora ; Patay ; Poirier ; Richard et Veillard.

Après avoir ratifié l'élection de ses membres, le Conseil syndical accepte la démission de MM. Meunier, Dutard et Morot et prononce l'admission de MM. Perlis, Renard, Dupont, Rousseau et Hyvernaud.

Le nombre des membres du Syndicat s'élève à 102.

Le Conseil syndical donne mandat au Secrétaire d'effectuer le renouvellement du dépôt des statuts et de la liste des administrateurs réclamé par l'Administration.

Il décide l'achat des 14 volumes composant la collection du journal *le Concours médical*.

Caisse indemnité-maladie.

M. *Gassot* expose les raisons qui l'ont déterminé à présenter le projet : il s'agit de savoir si cette œuvre portée à l'ordre du jour de presque toutes les Associations médicales, est possible pour le Corps médical. C'est une expérience à faire ; si elle réussit, tous seront heureux du résultat ; si elle échoue, chacun pourra se dire que le possible a été tenté : en tout cas elle permettra aux membres du Syndicat d'avoir une opinion bien nette le jour où l'organisation serait tentée sur une plus vaste échelle.

Le Président rappelle que la question a été discutée dans les cercles d'arrondissement et lecture est donnée des résolutions prises par ces cercles, ainsi que des amendements qu'ils ont votés sur plusieurs articles.

Après discussion, le Conseil syndical décide que le projet de création d'une caisse d'indemnité en cas de maladie temporaire sera présenté à l'Assemblée générale sous la forme suivante :

PROJET.

I. Organisation générale.

Article 1er. — Il est fondé, au sein du Syndicat médical du Loiret, une caisse spéciale destinée à servir une indemnité à ses membres atteints de maladies ou blessures accidentelles les obligeant à cesser *temporairement* l'exercice de leur profession.

Art. 2. — La participation à cette caisse est réservée aux seuls membres du Syndicat, mais elle n'est pas obligatoire pour eux.

Art. 3. — La Caisse est gérée par le Bureau du Syndicat et le Conseil Syndical.

Un compte-rendu de ses opérations est soumis, chaque année, à l'approbation de l'Assemblée Générale des membres du Syndicat.

Art. 4. — L'Assemblée Générale statue souverainement sur toutes les difficultés et tous les recours.

Art. 5. — En cas de dissolution de la Caisse, elle décide de l'emploi des fonds qui constituent son actif.

II. Admissions.

Art. 6. — Tout membre du Syndicat qui veut participer à la Caisse doit subir une visite médicale devant le Bureau du Cercle dont il fait partie, et présenter un certificat relatant les constatations qui auront résulté de cette visite.

Art. 7. — Les admissions sont prononcées par le Conseil Syndical statuant en Comité secret.

Art. 8. — Les admissions partent du 1er janvier et du 1er juillet de chaque année.

III. Indemnité.

Art. 9. — L'indemnité journalière servie par la Caisse en cas de maladie est fixée à dix francs.

Art. 10. — La distribution des indemnités n'est faite qu'après approbation des Comptes par l'Assemblée Générale.

Toutefois le Conseil Syndical peut autoriser la délivrance d'un acompte sur cette indemnité.

Art. 11. — La Caisse n'est responsable que jusqu'à concurrence du montant de son actif.

Si les indemnités exigibles dépassaient l'actif disponible, il serait procédé à une réduction proportionnelle de ces indemnités.

IV. Droit à l'indemnité. Incapacité de travail.

Art. 12. — Le droit à l'indemnité en cas de maladie ne commence que six mois après l'admission.

Art. 13. — Une maladie de quatre jours ou moins ne donne pas lieu à une indemnité. Mais si la maladie dure cinq jours ou plus, le droit à l'indemnité commence du premier jour de la maladie.

Art. 14. — Le temps maximum pendant lequel peut être servie l'indemnité est fixé à trois mois (90 *jours*).

Art. 15. — L'incapacité de travail donnant droit à l'indemnité s'entend de l'impossibilité de sortir pour faire des visites.

Le malade peut continuer à donner des consultations à son domicile.

V. Cotisation.

Art. 16. — La cotisation annuelle exigible des participants est fixée à cinquante francs.

Elle est payable, d'avance, entre les mains du trésorier du Syndicat qui en donne valablement reçu.

Art. 17. Tout retard de trois mois dans le paiement de la cotisation annuelle entraîne de plein droit la cessation de la participation.

VI. Fonctionnement.

Art. 18. — Tout participant malade doit aviser immédiatement le Secrétaire Général du Syndicat de son état de maladie et, dès sa guérison, de la reprise de son travail.

Art. 19. — Les diverses constatations que pourrait nécessiter cet état de maladie sont faites par un ou plusieurs confrères désignés par le Bureau du Syndicat.

Art. 20. — Le Conseil syndical, sur le vu des pièces justificatives, arrête le montant de l'indemnité due au participant.

VII. Administration financière. Réserve.

Art. 21. — Le trésorier du Syndicat effectue valablement tous les dépôts et retraits de fonds appartenant à la Caisse. Il donne toutes quittances et effectue tous paiements. Il soumet ses comptes à l'approbation du Conseil Syndical.

Art. 22. — Les dépenses d'administration ne pourront, en aucun cas, dépasser la proportion de deux francs par adhérent.

Art. 23. — Les fonds appartenant à l'œuvre sont déposés dans une Caisse publique. Le trésorier ne peut conserver en caisse que la somme nécessaire aux menues dépenses courantes

Art. 24. — La moitié de la première cotisation qui correspond aux six mois pendant lesquels est suspendu le droit à l'indemnité est versée à un compte spécial de réserve.

Cette réserve reçoit également tous les dons et legs qui peuvent être faits à l'œuvre.

Art. 25. — L'intérêt produit par les sommes constituant la réserve est versé chaque année à la Caisse et s'ajoute aux fonds disponibles provenant des cotisations.

Art. 26. — L'exercice financier commence au 1er juillet de chaque année.

Art. 27. — Si la caisse présente, en fin d'année, un excès de recettes, les sommes disponibles sont pour moitié portées à la réserve et pour moitié reportées à l'exercice suivant.

Art. 28. — L'Assemblée Générale peut décider qu'il sera fait emploi d'une partie de la réserve lorsque celle-ci atteindra la proportion de cent francs par membre adhérent.

En aucun cas cet emploi ne pourra abaisser le chiffre de la réserve au-dessous d'une proportion de cinquante francs par adhérent.

VIII. Mesures d'ordre général.

Toute tentative de fraude entraîne la perte du droit à l'indemnité et peut faire l'objet d'une exclusion contre celui qui s'en serait rendu coupable.

Art. 30. — Tout membre qui se retire du Syndicat par démission, tout membre qui en est régulièrement exclu cesse de participer à la caisse indemnité-maladie. Il ne peut formuler contre elle aucune répétition.

L'exclusion est, dans tous les cas, prononcée par le Conseil Syndical, sauf recours devant la prochaine Assemblée Générale.

Le Conseil syndical prépare ensuite la rédaction du règlement concernant les consultations et remplacements entre médecins.

Il décide sur la question *secret professionnel et déclarations à l'officier de l'état civil* de proposer à l'Assemblée Générale les deux résolutions suivantes :

1° Le médecin, appelé pour constater le décès d'un nouveau-né, à la naissance duquel il n'a pas assisté, doit, s'il a des soupçons d'infanticide, se récuser d'une manière absolue.

Il n'a pas à déclarer la naissance. Il ne doit pas constater le décès.

2° S'il est requis ultérieurement par l'autorité pour une constatation officielle, il doit pareillement se récuser en invoquant le secret professionnel.

Le Conseil syndical fixe l'Assemblée Générale des membres du Syndicat au dimanche 2 juillet, à 10 heures du matin, dans une des salles de l'hôtel de ville d'Orléans.

Un déjeuner confraternel suivra la réunion.

Société locale d'Albi et Gaillac (Tarn).

Extrait du compte rendu de l'Assemblée du 24 novembre 1892.

M. le Président donne lecture d'une lettre de M. Pailhé, secrétaire de l'Association de Castres, au sujet de l'organisation d'un Syndicat départemental ; il lit également le rapport suivant de M. le Docteur Sicard sur l'organisation de ce Syndicat, qui a été présenté à l'Assemblée générale des Médecins de l'Arrondissement de Castres le 13 octobre 1892 :

Messieurs,

Dans votre dernière Assemblée générale, vous avez pris en considération la proposition de l'organisation d'un Syndicat départemental, et renvoyé l'examen de ce projet à une commission composée de MM. Calvet, Pailhé, Terson, Guiraud et Sicard. J'ai l'honneur de vous présenter le résultat des travaux de cette commission.

Déposée au mois d'octobre 1891, la proposition de l'organisation d'un syndicat ne fut l'objet d'aucune délibération de la part de l'Assemblée générale ; elle donna lieu à une seule objection, basée sur l'illégalité des syndicats médicaux.

Cette objection, qui avait sa valeur à cette date, et qui pourtant n'avait pas empêché la création, pas plus qu'elle n'avait enrayé le développement d'un très grand nombre de syndicats médicaux, cette objection n'existe plus aujourd'hui : vous savez tous, en effet, que la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine consacre l'existence des syndicats dans son article 14.

Nous avons donc le droit de créer un syndicat. Cela étant acquis, y a-t-il avantage pour nous à user de ce droit et, dans ce cas, devons-nous créer un syndicat d'arrondissement, ou ne vaut-il pas mieux organiser un syndicat départemental ?

La première question qui se pose est celle de l'existence même de notre association locale. Il semblerait, en effet, que l'Association constituerait un double emploi à côté d'un syndicat, et que le fonctionnement de celui-ci devrait amener l'anéantissement de celle-là, ou tout au moins diminuer son importance et rendre son existence précaire. Dans ce cas, le syndicat ne devrait-il pas immédiatement se substituer à l'Association et se mettre en son lieu et place ?

Assurément, il n'est, Messieurs, dans la pensée d'aucun de nous qu'il en soit ainsi, et nous serions bien ingrats envers l'Association, et bien oublieux des bienfaits qu'elle a répandus au milieu de nous, si nous songions même seulement à diminuer son importance. Elle a tout un passé d'action charitable et philanthropique qui lui crée des titres inaltérables à notre reconnaissance Et ce ne sont pas ses seuls titres : elle a exercé une action moralisatrice sur notre profession, et, dans la mesure restreinte où son principe même le lui permettait, elle a sauvegardé nos intérêts matériels.

Mais tout en reconnaissant les services et les bienfaits de l'Association, nous ne pouvons nous empêcher de constater qu'elle s'est renfermée surtout dans des actes de prévoyance et de secours mutuels, et que son essence ne lui permettait pas de poursuivre les revendications qui s'élèvent depuis longtemps déjà dans le monde médical.

Il faut donc qu'à côté de notre Association, qui restera, fidèle à son passé et entourée de notre respect à tous, une œuvre de bienfaisance, s'élève une nouvelle organisation, non point opposée, mais juxtaposée, et qui, par sa nature, complétera l'Association, en nous fournissant les éléments nécessaires pour le triomphe de nos revendications.

C'est dans le syndicat, Messieurs, que nous trouverons cette organisation : avec lui, en effet, nous obtenons la personnalité civile, jusqu'ici refusée à l'Association ; avec lui, nous pouvons défendre nos intérêts professionnels, la loi en main : lutter avec énergie contre l'exercice illégal de la médecine ; opposer une plus grande résistance aux exigences des sociétés si nombreuses qui exploitent le corps médical, sous quelque forme qu'elles se présentent ; poursuivre le relèvement si nécessaire des honoraires médico-légaux, etc.

Aussi votre commission vous propose-t-elle à l'unanimité la création d'un syndicat. Elle vous propose, en outre, de décider que ce syndicat s'étendra à tout le département. Elle estime, en effet, que l'action d'un syndicat départemental, au point de vue des intérêts généraux de la profession, sera beaucoup plus efficace : et que, d'autre part, au point de vue des difficultés locales, il y aura grand avantage à ce qu'elles soient soumises à une Association syndicale générale.

En vous présentant ces conclusions, votre commission a le ferme espoir que l'Association locale d'Albi et de Gaillac, s'inspirant des mêmes sentiments que celle de Castres et de Lavaur, — non moins soucieuse que celle-ci de sauvegarder les intérêts de tous ses membres, — considérera le

syndicat départemental comme une œuvre de solidarité professionnelle, dont l'influence bienfaisante ne lui échappera pas, et qu'elle accueillera avec bienveillance notre proposition.

L'Assemblée prend immédiatement en considération ce projet de création d'un Syndicat ; mais, avant de se prononcer définitivement, elle veut étudier plus profondément la question, elle désirerait connaître les projets des statuts de ce syndicat ; elle nomme ensuite une commission composée de MM. Guy ; Juéry ; Boussac, Camille ; Gisclard, de Saint-Juéry ; Journès, de Labastide-de-Lévis.

M. le Président prie M. le Secrétaire d'écrire à M. Pailhé pour avoir les statuts de ce syndicat, afin qu'il puisse les transmettre à la commission ci-dessus désignée.

La question est donc ajournée et renvoyée à la prochaine Assemblée générale.

REPORTAGE MÉDICAL

Sur la demande de M. le Dr *Porson*, le préfet de la Loire-Inférieure a bien voulu réunir en un volume tous les documents relatifs à l'organisation du service de l'Assistance médicale gratuite. La besogne serait toute préparée pour ceux de nos confrères qui s'occupent de créer l'Assistance dans les départements qui en sont dépourvus.

Le *Président de l'Union* nous prie de les informer qu'il tient cet ouvrage à la disposition de ceux qui voudraient lui en faire directement la demande.

— L'Association médicale mutuelle en cas de maladie a remplacé M. *Gallet-Lagoguey*, par le secrétaire-général M. le Dr *Rondeau*, qui avait été le collaborateur de la première heure du fondateur de l'œuvre et désigné pour secrétaire-général le Dr Signey, et pour secrétaire adjoint le Dr Malbeq. La réunion a décidé une souscription en vue de contribuer à l'érection du monument funéraire que la famille destine au regretté Gallet-Lagoguey.

— *Situation des externes des hôpitaux en cas de maladie.* — A la suite des réclamations provoquées par le transfert dans la salle commune du malheureux externe de l'Hôtel-Dieu mort du typhus, l'administration de l'Assistance publique a décidé que désormais, *tout externe atteint d'une maladie non contagieuse serait soigné dans une pièce spéciale de la maison Dubois ; et tout externe atteint d'une affection contagieuse, serait traité dans un pavillon spécial de l'hôpital d'Aubervilliers.*

A cela il n'y a rien à dire, sinon que bien des étudiants atteints d'une affection aiguë, pour laquelle on ne pratique pas l'isolement, comme une pneumonie, une fièvre typhoïde, une pleurésie, préféreraient être soignés dans le service de leur chef, plutôt que d'être transportés à la maison Dubois ; il y a bien peu de services en effet où il n'existe pas, annexée à la salle principale, une pièce de un ou deux lits. Dans le cas où un externe préférerait occuper un lit dans une salle ordinaire d'hôpital, nous espérons que l'administration ne lui ferait pas payer une indemnité de séjour à l'hôpital.

— Dans une récente affaire d'assassinat (affaire Valrof) les experts les plus autorisés étaient d'avis opposé. Les uns admettaient des scènes de somnambulisme, les autres des accès d'épilepsie ; les uns concluaient à l'irresponsabilité, les autres en sens contraire. L'aliéniste, M. Voisin, consulté, disait que, sur le seul vu des pièces du procès, et sans qu'il lui fût besoin de procéder à l'examen du sujet, il donnerait l'ordre de *son internement*. M. Brouardel a flétri avec énergie une pareille déclaration. Comment veut-on que les journaux ne daubent pas aux dépens des médecins-légistes, en présence de leurs dissentiments inévitables et qu'ils ne mettent pas en suspicion leurs jugements, qui, erronés, peuvent mener à l'échafaud, à l'internement dans une maison de fous !

NÉCROLOGIE

Nous avons le vif regret de faire part à nos lecteurs du décès de M. le Dr Humbert, ancien interne des hôpitaux de Lyon, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Rive-de-Gier, médecin consultant à Aix-les-Bains. Notre distingué confrère a succombé le 17 avril, dans sa soixante-cinquième année ; et des décès de MM. les Drs Foucher, de Saint-Mandé, Faure, de Marseille, Combassédès, du Vigan (Gard), membres tous les trois du Concours médical.

Revue bibliographique

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

L'EXERCICE DE LA MÉDECINE CIVILE

par les médecins militaires.

On ne saurait refuser au Docteur en médecine, médecin militaire, le droit, inhérent à son diplôme, de faire de la médecine et de la chirurgie, et la circulaire récente du Ministre de la Guerre ne le lui enlève pas ; elle dit simplement que l'exercice doit être désintéressé et gratuit.

« Le médecin militaire doit se borner, en principe, à donner son concours à ses confrères civils, sans jamais leur faire une concurrence indigne de sa qualité d'officier et nuisible aux intérêts moraux de la médecine d'armée. Aucun médecin militaire ne doit payer patente ni tenir, en ville, un cabinet de consultations payées. »

Dans un article que publie la *Gazette médicale d'Algérie*, le signataire M... se plaint amèrement et dénonce, à l'indignation du corps de santé militaire, les *syndicats médicaux persécuteurs*. Il attribue les démarches faites par le Président de l'Union à un *sentiment d'envie médicale*, à une *jalousie* de métier et il ajoute que le Ministre a déféré aux désirs des syndicats, parce qu'ils sont *une puissance électorale*.

Notre confrère, car nous supposons que M... est médecin et médecin militaire, affirme qu'il n'a jamais été du parti *des hommes à clientèle*, mais qu'il est jaloux du droit moral de tirer, virtuellement au moins, profit de son diplôme.

Nous avons, nous aussi, été médecin au service de l'Etat, nous aussi sommes partisan de ce droit qui lui est cher et cependant nous applaudissons à la circulaire ministérielle. Sommes-nous donc si loin de nous entendre ?

Les syndicats médicaux, lorsqu'ils ont adressé leurs doléances au Ministre de la Guerre n'ont eu en vue que les excès de l'exercice civil par certains médecins militaires qui se transformaient en véritables praticiens, au détriment, sans doute de leurs devoirs militaires assez absorbants lorsqu'on veut les remplir dans leur intégrité. Ils ne pouvaient admettre que tel médecin-major quittât à jours fixes sa garnison pour aller dans une autre ville donner des consultations, visiter des malades, etc... ; que tel autre pût faire d'interminables stations d'accouchement ; qu'un troisième..., mais il est inutile d'insister et tous savent à quel ordre de faits nous faisons allusion. M... les réprouve certainement comme nous et ne saurait regretter qu'ils soient dorénavant rendus impossibles.

Les médecins militaires nous sont absolument sympathiques; nous trouvons qu'ils ont quelque droit de n'être pas contents de leur sort. Ils sont fort peu payés — trop peu à notre avis — aussi allons-nous publier la statistique du *Bulletin*, commentée par notre collègue Baudoin, du *Progrès*, et rechercher avec celui-ci les moyens de faire remplir par les docteurs en médecine faisant leur année de service à titre d'aides-majors, les fonctions dévolues à nos confrères militaires: l'économie qui résulterait de cette réforme permettrait d'accroître, dans une très large mesure, les émoluments beaucoup trop restreints des officiers du service de santé. Nous rechercherons aussi les moyens de ne pas nuire à l'avancement déjà trop lent.

Nous trouvons également qu'ils peuvent regretter, en présence du rôle si important qu'ils jouent dans l'armée, de n'avoir pas l'assimilation de grade qu'ont les médecins militaires dans la plupart des autres armées européennes.

Nous regrettons qu'ils soient dans l'impossibilité de faire les modestes économies qui, après une carrière active, devraient leur assurer une petite fortune qui se joindrait à leur retraite — et comme conséquence de les voir, devançant l'heure du repos, démissionner et priver ainsi l'Etat de ses serviteurs les plus utiles, les plus méritants.

Aussi toutes les fois que l'occasion s'est pré-

sentée, avons-nous recherché les moyens d'élever la situation de nos confrères militaires.

Mais nous ne pouvons pas pour cela négliger des situations encore plus fâcheuses que la leur et ne pas chercher à y porter remède.

On a signalé aux syndicats médicaux, à diverses reprises, des faits d'exercice habituel, journalier, intensif de la médecine civile dans certaines villes de garnison : la situation des médecins civils se trouvait gravement compromise, et les plaintes ont émané parfois d'anciens médecins militaires démissionnaires ou retraités.

On comprend la déception des médecins civils lorsqu'ils voient un ou plusieurs médecins militaires venir tout à coup, avec le prestige de l'uniforme et sans les charges habituelles, leur disputer la clientèle qui les faisait vivre. Ne sont-ils pas excusables de ressentir quelque irritation de cette transformation du médecin militaire en un concurrent sans cesse sur la brèche, favorisé de toutes façons et dont les procédés ne se comprennent guère, lorsqu'on voit d'autres médecins-majors se contenter, comme M..., *qui n'est pas du parti des hommes à clientèle*, de remplir consciencieusement leurs fonctions.

Les médecins civils, chargés de famille, préoccupés d'un budget souvent difficile à équilibrer, se plaignent avec quelque amertume — soit, mais cela se comprend. Le Ministre leur répond que les médecins militaires doivent vivre en bonne intelligence avec leurs confrères civils, les assister auprès de leurs clients pauvres et ne point tirer profit direct de leur exercice de la médecine civile.

Est-ce donc excessif, et n'y a-t-il pas là une question de mesure ?

Y a-t-il quelque comparaison à établir, comme le fait M..., entre le médecin militaire qui retire de gros émoluments d'une clientèle civile et les officiers qui écrivent et tirent profit de leurs ouvrages ? ceux qui propriétaires tirent profit de leurs biens ? ceux qui spéculateurs se livrent à des opérations de bourse ? M... demande si ces façons de se créer des revenus compromettent plus leur dignité d'officier que le fait de se livrer à l'exercice fructueux de la médecine civile. Le cas n'est pas le même et M... nous paraît oublier qu'aucun de ces cas ne présente le caractère d'une concurrence peu loyale, puisque les conditions ne sont pas égales pour tous.

M... n'est pas du parti des hommes à clientèle : il a sans doute ses raisons pour cela, bien qu'il les passe sous silence. Nous croyons que, comme nous, il estime que le médecin militaire qui veut se perfectionner dans son art, peut trouver aisément, en vivant en bonne intelligence avec ses confrères civils, les occasions qu'il recherche. Il a tort de souffler la discorde et d'écrire : « Que diraient les syndicats persécuteurs si les confrères de l'armée donnaient gratuitement, comme ils y sont autorisés, leurs soins aux populations ? C'est pour le coup que ces tyranneaux crieraient à la trahison des privilégiés ! »

Cette menace n'est pas en situation : les médecins militaires ont probablement des fonctions qui les obligent à consacrer leur temps à l'armée et ne peuvent faire que par exception de la médecine gratuite. S'il en était autrement, on pourrait discuter leur raison d'être.

Nous préférons, nous, faire appel à la concorde sur le terrain de la circulaire ministérielle équitable, puisqu'elle ne vise que les abus. Les syndicats médicaux, on le sait bien, ne persécutent personne : ils se contentent de se défendre.

A. Cézilly.

FEUILLETON

La médecine thermale au point de vue déontologique (*suite et fin*).

Des interventions extra-hydrologiques pendant la cure.

Dans quelle mesure sommes-nous autorisés à sortir du traitement hydrominéral proprement dit pour appeler à son aide — si aide il y a — certains traitements d'ordre un peu chirurgical ou physico-chimique, comme, par exemple, les cautérisations de l'utérus, du larynx, l'ablation de végétations du naso-pharynx, les cathétérismes de l'urèthre, l'électrisation, etc. ?

Je n'ai pas besoin de souligner l'importance de cette question. Ce n'est pas à moi de dire, si elle ne se présente même pas, à l'heure actuelle, avec un certain caractère d'urgence. Quoi qu'il en soit, j'irai jusqu'au bout de ma pensée.

La règle, à mon avis, veut que nous ne perdions jamais de vue que vous nous envoyez vos malades pour modifier une diathèse, ou ses manifestions locales, ou une maladie quelconque *par les eaux minérales et non autrement*. Donc, en principe, tout ce qui n'est pas traitement hydro-minéral, *intus* ou *extra*, ne doit être employé qu'à titre d'exception, et d'exception sérieusement motivée.

Qu'un médecin qui a, dans son outillage balnéaire, d'excellents moyens de traiter, par exemple, certains états congestifs ou inflammatoires de l'utérus et des annexes, pratique un examen préalable au spéculum, s'il n'est pas exactement renseigné, rien de plus légitime. On ne saurait, non plus, lui reprocher de se rendre compte, au milieu et à la fin du traitement, par un nouvel examen, de ce que la balnéation bien comprise (chaleur, sans pression ni chocs) lui aura donné comme résultats. *A fortiori*, si une métrorrhagie survient par hasard pendant la cure, il est clair qu'il doit intervenir. Mais en dehors d'exceptions de ce genre, je dirai que les utérus ne nous regardent pas ; que les cautérisations, même si elles sont indiquées, appartiennent en propre au médecin ordinaire des malades ; qu'elles n'ont jamais un véritable caractère d'urgence, qu'au surplus, ce que nous pourrions faire ou rien, dans la majorité des cas, en trois ou quatre semaines est à peu près la même chose, à moins de précipiter les séances, ce qui serait une faute grossière.

Cependant, je dois faire remarquer que nous avons, dans certaines circonstances, la main forcée. Il s'agit dans ces cas assez rares, — je n'en ai guère vu qu'une trentaine en quatorze ans, — de femmes généralement jeunes, habitant de petits centres, et qui, pour rien au monde, ne consentiraient à montrer leur utérus au médecin de leur localité. Tantôt — je consigne simplement ici les raisons qui m'ont été données — c'est parce qu'il est trop vieux et n'y voit plus clair, tantôt parce qu'il est trop jeune, tantôt parce qu'il n'est pas marié, tantôt parce que sa femme est bavarde, tantôt parce que ça ferait jaser, tantôt même parce que la politique locale ne permet pas à un col conservateur de s'engager entre les valves d'un spéculum républicain ; tantôt, enfin, — tout arrive — il y a des motifs d'ordre plus intime. « Parfois, a écrit Dechambre, la réserve de certaines femmes à l'égard de leur médecin ordinaire (pour un examen au spéculum) n'a pas d'autre motif qu'une tendre affection pour lui et la répugnance à étaler à ses yeux le spectacle d'infirmités, tandis qu'il en est d'autres pour qui un premier examen

LA SEMAINE MÉDICALE

Moyens d'éviter la mort par le chloroforme.

Avec beaucoup d'attention de la part du chloroformisateur, il est certain qu'on n'a pas souvent d'accidents mortels par le chloroforme; sur 7,000 chloroformisations, M. Konig, de Gœttingue, n'a pas eu un seul décès : nous-même, nous n'en avons jamais vu; mais nous avons assisté bien des fois à des alertes sérieuses, auxquelles on a pu parer à force d'énergie et de persévérance. Si le malade était bien surveillé par celui qui l'endort, les accidents seraient infiniment plus rares encore.

Tout d'abord, l'attention doit être portée vers la respiration.

Si le malade ne respire plus, il faut, sans perdre de temps, pratiquer la respiration artificielle, après avoir abandonné le chloroforme. Cette respiration artificielle doit être tentée pendant une heure et demie ou deux heures, sans perdre patience. M. Kœnig a récemment trouvé un procédé qui peut venir bien efficacement en aide à la respiration artificielle. Ce procédé consiste à presser par saccades sur le côté gauche du thorax, afin d'exciter la respiration chez les opérés dont l'action du cœur et la respiration s'arrêtent. Un jour, un enfant était mort, plus de battements cardiaques, l'écoulement de sang s'arrêtait, ainsi que la respiration. La compression saccadée du thorax était inutile, et comme il y avait beaucoup d'opérations à faire, l'enfant fut porté dans la pièce voisine, et l'assistant, le docteur Maas, proposa de continuer les manœuvres. A la surprise de M. Kœnig, l'enfant revint à la vie au bout de trois quarts d'heure, mais par une autre méthode. Le docteur Maas s'impatientait et frappait à coups redoublés sur la région du cœur, le pouls se rétablit alors, isochrone avec les coups, la peau rougit, les pupilles se dilatèrent, la respiration se rétablit. Si l'on cessait les coups, la vie disparaissait peu à peu, jusqu'à ce qu'en continuant la manœuvre, l'enfant fut définitivement rappelé à la vie. Ce moyen a réussi dans deux autres cas, il ne peut donc être assez recommandé.

Dans les cas extrêmes, il ne faut pas hésiter à pratiquer la trachéotomie et à faire directement des inhalations d'oxygène par la canule, en même temps qu'on faradise le diaphragme.

L'ichthyol contre l'érysipèle de la face.

Depuis quelques années déjà, l'ichthyol ou sulfo-ichthyolate de soude, provenant de la distillation d'une roche bitumineuse de Seefeld, est employé en gynécologie. Cette substance, incorporée à la glycérine à la dose de 1 pour 10, produit de satisfaisants résultats en pansements vaginaux et intra-utérins. Sa richesse en soufre est très certainement la cause de sa réelle valeur dans les affections utérines; c'est cette composition aussi, qui a donné à plusieurs cliniciens l'idée d'en essayer l'emploi contre l'érysipèle de la face. M. *Juhel-Rénoy*, qui l'a expérimenté sur une large échelle à l'hôpital d'Aubervilliers, en a retiré des avantages exceptionnels et croit même pouvoir avancer que ce médicament lui paraît être le véritable spécifique de l'érysipèle de la face.

M. Juhel-Rénoy emploie l'ichthyol en solution dans la *traumaticine*, c'est-à-dire dans une solution de gutta-percha avec le chloroforme. On fait une solution à parties égales de traumaticine ichthyolée et on en badigeonne les parties malades, en commençant par circonscrire les limites de l'érysipèle d'un coup de pinceau et en recouvrant

---

si j'ose le dire, une manière d'entrer en conversation (1) »

En pareils cas ces femmes viennent dans une station thermale de la région sous prétexte d'une cure, mais, en réalité, pour faire traiter leur utérus malade par un médecin qui ne les connaît pas et qui ne les reverra probablement plus. Il va de soi que nous n'avons pas à le leur refuser.

Je dirai, de même, que les cautérisations du pharynx, du larynx ou des cornets, le grattage ou l'extirpation des adénoïdes pharyngées, peuvent être parfaitement légitimes, si les médecins ordinaires des malades, n'étant pas spécialistes, habitant de petits centres, ne sont pas à même de satisfaire, après la cure, à ces indications dont plusieurs réclament un matériel spécial, tel que le galvano-cautère. Au surplus, en pareils cas, les confrères des stations auxquelles on envoie cette catégorie d'affections ont un moyen bien simple de se mettre à couvert. Il leur suffit, pour cela, avant d'intervenir, d'expliquer la situation aux médecins des malades et de leur demander, en quelque sorte, leur autorisation. Elle ne leur sera, j'en suis convaincu, jamais refusée, et on leur sera très reconnaissant de cette marque de déférence ; mais si les médecins des malades sont spécialistes, il est évident que le médecin d'eaux doit s'abstenir des interventions dont je parle — les cas d'urgence exceptés.

Sans vouloir multiplier les espèces, je dirai que l'urèthre et la vessie nous commandent les mêmes réserves et la même abstention que les utérus. Si un urinaire nous arrive avec un canal rétréci, mais qui lui suffit provisoirement pour le nécessaire, que devrait-on penser de celui qui en profiterait pour tâcher de le dilater ? Inversement, si, par exemple, l'origine urineuse d'une dyspepsie a été méconnue par le médecin ordinaire d'un malade, nous serions évidemment coupables de ne pas associer à la cure hydro-minérale — condamnée à rester stérile sans cela — l'évacuation et le lavage de la vessie. On aura soin, seulement, de dire au malade que cette intervention — dont les résultats ne sauraient manquer de le frapper — ne pouvait être efficace qu'associée à la cure thermale. De la sorte on sauvera tout.

Ces exceptions — j'en pourrais citer d'autres — montrent combien est parfois délicate notre situation. Mais dans « médecin d'eaux » il y a d'abord, Dieu merci, « médecin ». C'est dire que nous pouvons nous trouver en présence de telle ou telle obligation à l'égard de laquelle nous ne relevons que de notre conscience. Il n'est pas moins vrai que nous ne devons jamais oublier ce qui caractérise essentiellement la situation d'un médecin d'eaux vis-à-vis des confrères qui lui adressent *leurs* malades. Cette situation est, dans tous les cas, et quels que soient les hommes, celle d'un collaborateur chargé d'une mission *spéciale*, parce qu'il dispose d'une ressource thérapeutique *spéciale* — qu'il emploiera comme bon lui semblera — mais d'une mission temporaire, étroitement liée, par la nature même des choses, à l'emploi de cette ressource thérapeutique *spéciale* sans laquelle il n'aurait jamais connu vos malades. Tout médecin d'eaux qui ne le comprend pas, et se comporte en conséquence, travaille à sa propre perte, nous déconsidère en bloc, vous nuit, sort de son rôle et de son mandat.

9° *Les conseils de la dernière visite.*

Le malade a terminé sa saison et il vient prendre congé de nous.

(1) *Dictionn. encyclop.* Série 1, t. 27, p. 557.

ensuite toute la surface incluse dans ce périmètre.

Le seul inconvénient est la couleur brune de ce vernis ; mais il se détache fort bien et ne laisse aucune trace pigmentée sur la peau ; la douleur est rapidement calmée, et l'infection reste généralement limitée à la surface badigeonnée. Il n'y a pas de jugulation véritable, la maladie n'est pas arrêtée instantanément ; mais elle cesse de s'étendre. Ce procédé ne supplée nullement les toniques à l'intérieur au moment de la période fébrile ; mais il abrège notablement la durée de la maladie, et, par suite, mérite des confirmations cliniques nombreuses.

Les hernies étranglées de l'appendice vermiculaire.

M. *M. Pollosson*, de Lyon, a fait une étude très intéressante des variétés de hernies étranglées crurales qui contiennent non pas l'épiploon, non pas l'intestin, mais seulement l'appendice iléo-cœcal. Ses conclusions sont importantes à retenir :

A. Le diagnostic des hernies crurales de l'appendice est actuellement impossible, car les symptômes sont tantôt ceux de l'entérocèle étranglée, tantôt ceux de l'épiplocèle étranglée.

B. Le traitement se rapproche dans ses traits généraux de celui de la hernie étranglée vulgaire.

On pourra réussir par le taxis, mais l'échec du taxis ou ses contre-indications commanderaient l'opération.

L'opération sera l'opération de la hernie crurale étranglée avec les particularités suivantes :

1° Le débridement n'est pas toujours nécessaire ; on le pratiquera seulement si l'appendice ne peut être tiré au dehors.

2° On pratiquera la résection de l'appendice en partie saine au-dessous d'une ligature circulaire au catgut.

3° Il sera prudent de faire l'occlusion de la section terminale du tube par quelques points de suture, ou d'assurer l'asepsie de la muqueuse par une cautérisation au thermo cautère.

Technique de l'application de la sonde à demeure.

M. *Pousson*, de Bordeaux, rappelle avec beaucoup de précision les diverses précautions que l'on doit employer pour assurer la libre évacuation de l'urine, sans que la vessie et l'urèthre aient à intervenir, dans le cas d'une opération ou d'une inflammation quelconque de ces organes.

La sonde à demeure est *indiquée* rarement dans les affections vésicales à moins d'avoir, comme après la lithotritie, à protéger le canal contre les fragments calculeux, — souvent dans les affections uréthrales, plaies accidentelles et chirurgicales, ou hypertrophie prostatique ; ici, comme moyen de prévention de la pénétration de l'urine dans les tissus ; là, pour éviter le renouvellement fréquent du cathétérisme à travers une prostate friable ou un canal déformé.

Dans le *choix* de l'instrument, prohiber les cathéters métalliques, préférer les sondes en gomme cylindriques, à béquilles et à bout coupé.

La sonde *entrera* et *jouera* facilement dans l'urèthre, voilà pour son *calibre*. Quant à sa pénétration dans la vessie, elle sera telle que ses yeux effleureront le col sans aller au delà. Pour sa *fixation* : la muselière en caoutchouc, ou à la manière de M. Guyon, les anses de coton logées dans le sillon balano-préputial. Mieux encore, la sonde imaginée par M. *Malécot*, qui e

---

Dans cette visite, qu'il prolonge habituellement — car il nous sait d'autant plus forcés de l'écouter patiemment qu'il va nous *honorer* — il ne manque jamais de nous demander ce qu'il devra faire dans le courant de l'année et s'il devra nous revenir.

Sur la première question, j'estime que nous ne devons lui donner, en règle générale, que des conseils d'hygiène, de diététique, appropriés à son cas, et les indications afférentes à l'usage, à domicile, des eaux qu'il est venu prendre à la source, s'il s'agit d'eaux minérales à usage interne.

Pour ce qui est des médicaments, d'un traitement proprement dit, de la direction habituelle de sa santé, etc., nous n'avons pas à nous prononcer. Ce n'est pas de notre ressort. Nous devons lui tenir le langage suivant :

« En rentrant chez vous, vous irez voir votre médecin. *Je vais lui écrire* (1) pour lui dire comment s'est passée votre saison, ce que je pense de votre état, les résultats que nous avons obtenus, mais il est utile qu'il se rende compte de tout cela par lui-même. Vous lui montrerez mon ordonnance, mais ce que je trouve indiqué aujourd'hui, au point de vue de l'hygiène que me paraît comporter votre cas, peut être contre-indiqué dans trois mois, dans un mois, dans huit jours, par telle ou telle circonstance qu'il est impossible de prévoir. Aussi votre médecin est-il seul juge de ce que vous devez faire. C'est pour cela que j'ai terminé mon ordonnance par ces mots : « Le tout sous réserve de l'approbation de mon confrère, le Dr X... »

Sur la seconde question, qui est presque aussi fréquente que la première, évidemment nous pouvons dire, nous *devons* même dire parfois, qu'il faudra revenir encore une année, peut-être deux, peut-être trois, car il s'agit souvent pour nous d'imprimer au fonctionnement de certains appareils une modification profonde et durable, d'agir sur un état diathésique, de réformer plus ou moins un tempérament, une constitution. Or, il s'en faut que ce soit l'œuvre d'une seule saison thermale, si bien conduite qu'on la suppose. Sur l'opportunité d'une nouvelle cure nous sommes donc autorisés à émettre un avis, mais nous ne pouvons pas nous dissimuler qu'il paraîtra intéressé — ce qui en atténuera la valeur — à moins que le malade ait en nous une confiance absolue qu'on ne peut guère inspirer en trois ou quatre semaines.

Pour ma part, je pense tourner la difficulté et tout concilier en disant au malade : « Mon avis, puisque vous me le demandez, est que, suivant toutes probabilités, vous ferez sagement de nous revenir l'an prochain ; mais enfin il faut vous en rapporter à ce que vous conseillera, vers le mois de mai, votre médecin. Il décidera d'après la façon, dont vous aurez passé l'année et d'après l'état dans lequel vous serez alors. »

Parfois encore, dans cette dernière visite, certains malades, épris de spécialités, nous demandent s'ils ne feraient pas bien de s'adresser à un spécialiste qui connaîtrait mieux leur maladie que leur médecin ordinaire. Je me rappelle, entre autres, un client, brave négociant, qui me questionna pour savoir s'il n'y avait pas des spécialistes pour les hémorrhoïdes !

Le bon sens indique qu'il faut combattre cette manie de la spécialisation à outrance et faire comprendre aux gens que la pratique de la médecine diffère un peu de la fabrication d'un fusil ou de celle d'une montre. Néanmoins, il est des cas où l'avis d'un sp

(1). « Je vais lui écrire » indique suffisamment qu'on ne doit jamais remettre cette lettre au malade.

munie d'un mandrin, destiné à rabattre deux petites valves, une fois que la sonde a pénétré dans la vessie. Ces valves restent ouvertes et s'accrochent contre le col vésical qu'elles ne peuvent plus franchir seules. Pour retirer la sonde, il suffit d'y réintroduire le mandrin et de tirer un peu sur le pavillon.

Les soins consécutifs consistent : à conserver l'asepticité de l'intérieur de la sonde par des lavages intra-vésicaux avec la solution boriquée, et à prévenir l'irritation des téguments par les suintements uréthraux, au moyen de la propreté et de lavages de la verge avec la solution de sublimé.

Le *changement de la sonde* s'opère tous les huit jours. Toutefois, M. Pousson surveille attentivement et renouvelle l'instrument dès qu'il soupçonne les incrustations de son calibre. C'est le débit moins abondant du jet d'urine qui règle cette indication. (*Rev. gén. de clin. et de thér.*)

Traitement de la tuberculose des os du pied chez l'enfant.

La tuberculose des os du tarse est assez fréquente chez l'enfant, et de plus elle n'évolue pas absolument comme chez l'adulte ; M. *Féliçet* conseille d'employer dans le traitement de ces affections rebelles et généralement diffuses, la pratique suivante :

On fait d'abord, sur la plante du pied, une incision médiane partant du milieu de cette plante et se terminant un peu au-dessus de l'insertion du tendon d'Achille ; la partie moyenne de cette incision doit correspondre au sommet du talon.

Les téguments incisés, on sectionne dans sa longueur, par une incision verticale, le tendon d'Achille, dont on désinsère les deux portions, puis on rugine le calcanéum ; on procède ensuite à la libération du tendon du gros orteil et au décollement des ligaments latéraux des articulations tarsiennes. La grande apophyse du calcanéum est alors facilement saisie avec un davier et l'os est extrait avec l'astragale.

Si l'affection a atteint le tibia et le péroné, il est aisé par cette brèche de réséquer les portions malades et de compléter ainsi l'ablation de toutes les surfaces lésées ; cela fait, on termine par le flambage de la plaie, le tamponnement à la gaze et la suture incomplète des téguments. Quoique la cicatrice soit plantaire, il n'y a pas à s'en préoccuper, car avec la réunion par première intention dans la presque totalité il n'en résulte aucun inconvénient.

Les antiseptiques désinfectants.

Jusqu'ici la chimie ne nous a guère donné que des antiseptiques d'odeur plus ou moins infecte, comme l'acide phénique, le lysol, le crésol, l'iodoforme, etc., et généralement on peut dire que ces deux mots, antiseptique et désinfectant, n'allaient guère ensemble. C'étaient des liquides antiinfectieux, mais qui infectaient pas mal les locaux où on les employait. Quelques-uns cependant ont une odeur moins désagréable, le salol, le naphtol, le menthol. L'idéal est de faire de l'antisepsie avec des parfums. Non seulement les chambres de malades ne sentiraient plus le pus, le fromage et le cataplasme ; mais elles exhaleraient des odeurs agréables et aromatiques. M. *Lucas Championnière*, qui jusqu'à présent, avait montré quelque mépris pour l'odeur des antiseptiques, vient de communiquer à la Société de chirurgie ses recherches sur la substitution possible des essences odoriférantes aux antiseptiques puants. « J'ai été frappé, dit-

---

cialiste est réellement indiqué, mais il ne nous appartient pas de désigner ce spécialiste aux malades. « Il y en a plusieurs qui se valent, leur dira-t-on. Votre médecin les connaît tout ausssi bien que moi. Parlez-lui en. Il vous renseignera. Je vais, du reste, lui écrire à ce sujet. »

10° *Lettre de départ.*

Le séjour d'un de vos malades dans nos stations entraîne en dernier lieu, pour nous, l'obligation morale de vous écrire lorsqu'il a fini sa cure. On peut cependant, je crois, s'en dispenser quand on l'a reçu d'un consultant occasionnel, qui ne doit plus le revoir et qui a autre chose à faire que de nous lire. Dans ce cas-là, un mot sur une carte me semble très suffisant ; mais, pour le cas ordinaire — malade envoyé par son médecin habituel — nous devons nous astreindre à une lettre suffisamment détaillée. Je dirai même que c'est pour nous le meilleur moyen — après l'impression rapportée par le malade — d'augmenter notre clientèle et de rendre durables et fidèles nos relations médicales. Les monographies que nous serions tentés de publier sur nos eaux, pour les faire apprécier, sont toutes suspectes *a priori*. « Il est orfèvre », se dit-on, en lisant... le titre. Aussi faut-il être un peu jeune dans la carrière pour compter beaucoup sur elles. Le panier les attend, aussi sûrement que le coupe-papier les épargne.

Après la saison thermale.

Ce qu'il me reste à dire sur ce troisième point peut tenir en quelques lignes, bien qu'il s'agisse, et précisément parce qu'il s'agit, vis-à-vis de vous, du devoir sans épithète et d'une question d'honneur.

Vous nous aviez confié un malade. C'était un dépôt. Nous n'avons qu'à vou le rendre, et tout est dit. Nous ne connaissons plus ce malade dès qu'il a fini sa saison. Le soigner, le garder après, dans n'importe quel cas, pour n'importe quel temps, pour n'importe quel mobile, ce serait abuser de votre confiance.

Au surplus, c'en serait fait, à brève échéance, de la prospérité de nos stations françaises, si les manquements à ce devoir d'honneur représentaient autre chose que d'imperceptibles exceptions, à supposer qu'il y en ait. Pour se garder, on enverrait les malades à des stations étrangères. On ne le fait déjà que trop sans cela, oubliant — même à une époque de protectionnisme à outrance — qu'à l'exception d'une catégorie d'eaux la France a des ressources hydro-minérales supérieures en nombre et en qualité à celles des pays d'outre-Rhin.

Mais ce n'est pas tout.

C'est pour nous, je crois, médecins de villes d'eaux, beaucoup plus encore que pour la femme de César, qu'a été inventé l'axiome que vous savez. Il nous faut éviter, dans notre intérêt, jusqu'à l'ombre d'un soupçon. Aussi, faisons-nous très sagement en nous interdisant l'exercice de la médecine en dehors de notre station. Les deux choses ne sauraient marcher de pair et nous donnerions prise à toutes les suspicions. Il est sous-entendu que, signer, de-ci de-là, pour ses amis ou ses proches, autrement dit pour des relations d'intimité, une ordonnance, ne saurait être considéré comme exercice de médecine.

J. Janicot, de Pougues.

il, des renseignements publiés il y a sept ans par M. Chamberlent sur la valeur antiseptique des essences, renseignements confirmés par des recherches ultérieures de M. Albin Meunier. J'ai été surtout frappé par ce fait que certaines de ces essences ont un pouvoir antiseptique égal à celui du sublimé ; elles ont, en outre, la propriété d'agir à distance par leurs vapeurs. L'essence de cannelle est une de ces substances : elle était employée par les Egyptiens pour les embaumements, ce qui indique que ses propriétés antiseptiques étaient utilisées dans l'antiquité. Ces essences ont le grand défaut d'être très irritantes pour la peau, quand on les emploie à l'état de pureté. J'ai essayé de remédier à cet inconvénient en faisant différents mélanges, mais les résultats ont été peu concluants. Pourtant, ces recherehes arrivèrent à me eonvaincre que ce qui rendait ces essences irritantes, c'était leur propriété d'être insolubles dans nos liquides habituels. Après quelques tâtonnements nous avons trouvé, mon interne en pharmacie et moi, que ces essences se dissolvent dans le rétinol et qu'à l'état de solution dans ce produit elles cessent d'être irritantes. Mais cette solution a un autre inconvénient : elle s'altère à la lumière et par la ehaleur. Nous avons reconnu que cela tenait à l'état d'impureté des essences ; il fallait les rectifier, et mon interne en pharmaeie a retiré de l'essence de cannelle un produit qu'il a désigné sous le nom de cinnamol : c'est cette substance à l'état de solution dans le rétinol que j'ai employée dans mes pansements.

J'ai employé des solutions à 1 % et des pommades composées d'un mélange de rétinol au einnamol et de cire. Le mélange le plus parfait, à ce qu'il m'a semblé, est celui du naphtol dissous dans le rétinol au cinnamol.

J'emploie cette pommade, appliquée sur du lint, pour tous mes pansements, et je n'ai pas observé la moindre irritation. Les plaies aseptiques guérissent d'une façon régulière et donnent des eicatrices très belles. Dans les plaies infectées, il n'y a jamais la moindre odeur.

J'ai essayé aussi les essences de géranium et de verveine, soit seules, soit associées à parties égales de façon à former une solution de 1 à 1.5 %. Ce mélange donne un topique très doux. Ces essences passent facilement dans l'urine, ainsi que nous l'avons constaté. » Il y a là un champ ouvert à une nouvelle application qui pourrait rendre de grands services.

Traitement de la phthisie laryngée.

Dans une des dernières séances de la Société française de Laryngologie, le Dr *Castex* expose les différents procédés ehirurgicaux à opposer à la tuberculose du larynx : le curettage, la laryngotomie, la section et l'extirpation à la pince coupante, la trachéotomie, le tubage.

La lésion est-elle circonscrite sous forme de tumeur, telle que les pseudo-polypes décrits par Avellis (de Francfort), on a recours à la pince coupante, en touchant ensuite au galvano-cautère le lieu d'implantation de la tumeur.

Pour des lésions plus étendues, en nappe, c'est le curettage.

Si le curettage n'a pas suffi, ou si les lésions sont d'un abord difficile, on envisagera l'opportunité de la laryngotomie.

Quand le malade est à la fois atteint du poumon et du larynx, on emploie le eurettage contre la dyspnée et l'odynophagie. La trachéotomie n'est qu'un pis aller.

On trouve les contre-indications dans l'état pulmonaire et général du malade (amaigrissement marqué, fièvre, indoeilité).

Le traitement médieal prépare et consolide les résultats heureux du traitement chirurgical.

Il reste encore beaucoup à faire sur cette question. Les statistiques générales manquent.

Les complications à redouter dans le traitement chirurgical sont : le spasme de la glotte, l'infiltration œdémateuse, les répereussions sur le poumon.

La méthode sclérogène par les injections de chlorure de zinc de Lannelongue mériterait d'être essayée dans la tuberculose laryngée.

M. *Garel*, de Lyon, insiste sur ce fait que le pronostie sera tout différent suivant qu'il s'agira d'une forme glottique ou d'une forme dysphagique ; dans ce dernier eas, le malade est voué à une mort certaine, rapide, résultant de l'inanition. Il faut aussi se rendre compte de l'état général, du degré de résistanee du sujet, de l'étendue des lésions pulmonaires, car les chances de guérison dépendent surtout de ees conditions. Aussi le traitement local de la phthisie laryngée ne tire nullement sa valeur de lui-même, mais bien du malade sur lequel on l'applique. Les différentes médications en usage sont les suivantes :

Les inhalations, faites avec des substances liquides ou gazeuses, sont destinées surtout à combattre la toux et la dyspnée. On les pratique avec la créosote, l'acide phénique et divers balsamiques. C'est au baume du Pérou qu'on donne la préférence. L'acide carbonique, l'aeide fluorhydrique, sont également employés en inhalations.

Les pulvérisations se font ordinairement à l'aide d'instruments à vapeur et avec des préparations opiacées ou des solutions phéniquées.

Les insufflations de poudre ont été recommandées ; mais d'autres méthodes sont très commodes et tout aussi efficaces.

Les badigeonnages calmants rendront de grands services dans les formes dysphagiques.

Quant aux applications locales d'une solution d'acide lactique de 20 à 80 %, elles eonstituent le meilleur moyen de modifier les ulcérations tuberculeuses, à la condition de faire auparavant un badigeonnage énergique à la cocaïne.

On a retiré aussi de bons effets des injections intralaryngées avec des solutions de menthol ou de créosote.

Les injections sous-muqueuses d'acide lactique ou d'iodoforme en dissolution sont bien douloureuses ; une injeetion de cocaïne procure au contraire, un soulagement plus durable que le simple badigeonnage.

Les eautérisations galvanoeaustiques sont très bien supportées par les larynx tuberculeux ; on doit les employer dans les cas d'infiltration des régions épiglottique et aryténoïdienne.

La méthode électrolytique rend aussi des services s'il s'agit de produire des esehares.

Les injections de tuberculine ou de eantharidate de soude doivent être proscrites.

Les eaux sulfureuses sont suseeptibles de déterminer des poussées congestives.

En résumé, cocaïne contre la toux et la dysphagie, acide lactique et galvanocautère contre les ulcérations et les infiltrations : tel est le traitement médical de la tuberculose laryngée.

CHIRURGIE PRATIQUE

Les corps étrangers de l'œsophage et l'œsophagotomie.

Tout récemment, à la Société de chirurgie, le Dr Chauvel présentait, au nom du Dr Caillet, une observation de corps étranger de l'œsophage traitée tardivement par l'œsophagotomie externe et terminée par la mort. Dernièrement aussi, nous lisions dans les colonnes de l'*Année médicale de Caen*, l'histoire d'un malade, qui avait également succombé à de formidables complications, provoquées par un corps étranger de l'œsophage, sans avoir subi d'opération. Ces deux faits extrêmement intéressants peuvent, en somme, se renouveler fréquemment, et ils doivent, ce nous semble, attirer de nouveau notre attention sur cette importante question de thérapeutique journalière. Dans la plupart des cas, l'intervention s'impose à bref délai ; tout médecin peut être appelé dans une circonstance de ce genre ; il doit avoir une ligne de conduite sûre et précise : l'hésitation et la timidité sont toujours funestes au malade ; on ne peut être accusé ici de *furia operativa*, et on ne doit compter que sur ses propres ressources pour soulager promptement son malade. Nous examinerons donc cliniquement cette question si utile à bien connaître et nous tâcherons de tirer un enseignement profitable des cas malheureux, auxquels nous venons de faire allusion.

I

SYMPTÔMES ET COMPLICATIONS.

L'anatomie nous apprend qu'à l'état normal, l'œsophage présente trois points rétrécis : le premier et le plus important, c'est l'orifice supérieur ; le second répond à la fourchette du sternum contre la crosse aortique et l'aorte descendante ; enfin le troisième est situé à l'orifice diaphragmatique de l'œsophage. Tels sont les trois points où peuvent s'arrêter les corps étrangers.

Dans la revue des symptômes, nous ne nous occuperons, bien entendu, que des corps qui par leur volume ou par leur configuration extérieure et leurs aspérités, séjournent d'une manière permanente aux points où ils ont été arrêtés. Généralement, le corps s'arrête au premier étage, c'est-à-dire à la partie inférieure du pharynx, et par la compression qu'il exerce sur l'ouverture des voies aériennes, il détermine aussitôt un accès de suffocation qui peut se terminer par la mort immédiate, si le sujet ne parvient à le rejeter dans les efforts convulsifs auxquels il se livre.

Il se produit des phénomènes d'asphyxie soit par compression directe de la trachée, soit par irritation réflexe des pneumogastriques.

Si le corps est peu volumineux, mais surtout rugueux, pointu, hérissé d'aspérités, le malade accuse surtout de la douleur, une sorte de brûlure, de déchirure profonde et se livre à des efforts de toux et de vomissements. La face est rouge, vultueuse, la voix est cassée, la respiration saccadée ; les extrémités se refroidissent et se couvrent de sueur. Après quelques moments de vive douleur, la sensibilité s'émousse, et il ne reste que de la gêne à la déglutition, plus ou moins prononcée.

Mais bientôt, les mêmes phénomènes se reproduisent, sous l'influence d'un mouvement, d'un effort, d'une émotion morale, et de nouveaux accès réapparaissent, de plus en plus graves chaque fois. Alors, si le corps étranger n'a pas déterminé la mort par asphyxie rapide, il peut ou bien être expulsé par la bouche, ou bien passer dans l'estomac, ou bien enfin rester en permanence au même niveau dans l'œsophage.

Si le corps étranger est expulsé par la bouche, il est possible que la guérison survienne facilement, mais il peut aussi y avoir quelques complications dues aux lésions que sa présence aura provoquées.

Si le corps étranger tombe dans l'estomac, il pourra y produire des accidents de perforation, d'abcès, d'obstruction intestinale et entraîner ainsi de graves complications.

Mais, occupons-nous seulement des accidents consécutifs au séjour du corps étranger dans l'œsophage. Citons, pour mémoire, les hémorrhagies provoquées par les sangsues dans le cas d'ingestion d'eau riche en sangsues comme cela arrive fréquemment en Algérie.

Lorsqu'un corps étranger, arrêté dans l'œsophage, ne peut quitter le point qu'il occupe, sa présence ne tarde pas à développer une inflammation qui peut aboutir au ramollissement, à la gangrène, à la perforation des parois œsophagiennes. Une collection purulente se forme, fuse vers le thorax et envahit le médiastin. Il se produit de l'emphysème, de la pleurite, de la pleurésie purulente même et la mort survient assez brusquement dans ces conditions.

D'autres fois, on observe la perforation de la trachée, avec issue du pus dans les voies respiratoires, la perforation des gros vaisseaux voisins du cou ou de la cavité thoracique, avec hémorrhagies foudroyantes ; l'aorte, la sous-clavière droite, la carotide gauche peuvent être ulcérées.

Dans un cas cité par Andrew, on a trouvé un corps étranger pointu ayant perforé l'œsophage, le péricarde et une veine coronaire ; la mort est toujours subite dans ce genre de complications.

Parfois, le phlegmon périœsophagien atteint les vertèbres cervicales contiguës et y provoque de la périostite de voisinage.

On voit que toutes ces complications peuvent être mortelles et qu'en somme, elles ont toutes un très haut degré de gravité, par les désordres qu'elles provoquent, dans des régions importantes.

Dans quelques cas rares, l'inflammation résultant de la présence d'un corps étranger de l'œsophage peut revêtir une forme chronique et a donné lieu parfois à de singulières erreurs de diagnostic.

On peut croire dans quelques circonstances à la phthisie pulmonaire, à un catarrhe bronchique, à l'asthme, etc.

Avec un peu d'attention, on évitera de pareilles méprises, car si l'on n'a pas les commémoratifs, on aura au moins la ressource d'essayer le cathétérisme de l'œsophage avec l'explorateur à boule olivaire.

Les complications des corps étrangers de

l'œsophage assombrissent sensiblement le pronostic et la plupart des mémoires, qui traitent de ce sujet, ne signalent guère que des morts. N'y a-t-il pas moyen d'obtenir de meilleurs résultats ? C'est ce que nous allons voir dans notre second chapitre.

II

TRAITEMENT. — INDICATIONS.

Tout le succès dépend de la promptitude, de la décision du médecin.

Prenons un malade, qui, d'après les commémoratifs indiqués, a avalé par accident ou volontairement, un corps trop volumineux pour descendre jusqu'à l'estomac.

Informons-nous d'abord, si c'est possible, de la nature et de la configuration du corps étranger. Si c'est un aliment facilement réductible par la dissolution, il suffira la plupart du temps de faire ingérer une grande quantité d'eau ou quelques gorgées d'huile ou encore de glycérine pour favoriser le glissement.

Nous ne sommes pas partisan des vomitifs et des efforts provoqués par la titillation de la luette. Si le corps étranger est petit et pointu, comme dans le cas d'épingles ou d'aiguilles, c'est encore à l'usage de boissons huileuses ou glycérinées que nous avons recours, en y ajoutant un demi-centigramme de cocaïne par exemple.

Jusqu'ici, il s'agit *de propulsion* vers l'estomac. Ce sont, croyons-nous, les seuls cas dans lesquels elle soit permise.

Pour les autres cas, corps insolubles, volumineux, pointus, raboteux, etc., il n'y a que deux méthodes, l'*extraction directe par la voie buccale* et l'extraction par incision de l'œsophage ou *œsophagotomie*.

L'extraction par la bouche est la plus rationnelle, et, cependant, c'est la plus dangereuse. Elle peut se pratiquer au moyen du panier-parapluie de de Graefe, de l'éponge de Hevin, des tiges à crochet de Thierry, de Rivière, de Béniqué, etc. Pour nous, nous condamnons absolument ces moyens, qui exposent à des déchirures, à des hémorrhagies, à des ulcérations souvent mortelles. Quelques habiles prestidigitateurs pourront réussir à extraire le corps étranger de cette façon, mais ce seront des coups de hasard qu'il n'est jamais permis à un médecin de tenter sur un malade. De deux choses l'une : ou le corps étranger est très gros et l'instrument introduit comme une sonde jusqu'à l'obstacle, ne peut passer à côté de cet obstacle sans le faire descendre avec lui jusque vers l'estomac, ou bien le corps est peu volumineux et anguleux et l'instrument glissé au-dessous de lui pour le ramener comme une ficelle ramène un bouchon enfoncé au fond d'une bouteille, râclera les parois œsophagiennes, accrochera ou déchirera quelque chose au passage. Tout cela est mauvais.

Il ne faut pas refouler le corps étranger vers l'estomac, car on ne fait que reculer l'obstacle et aggraver la situation, puisque rien ne fait prévoir que le corps franchira le pylore et l'intestin jusqu'à l'anus.

Les blessures faites au conduit en retirant l'objet peuvent amener les mêmes complications que l'objet lui-même.

Voici notre pratique :

Le corps étranger est trop volumineux ou trop anguleux pour descendre dans l'estomac ou pour revenir par la voie buccale, à la suite de boissons huileuses ou glycérinées à la cocaïne : On cherche à se rendre compte de sa situation exacte, dans le cou ou dans la poitrine au moyen de l'exploration la plus délicate et la plus douce. Le doigt introduit doucement dans le fond de la gorge, et la palpation du cou, toujours pratiquée avec légèreté de main, permettront de reconnaître la présence du corps étranger au premier point rétréci, au niveau du cartilage cricoïde. Si le corps étranger est au 2e rétrécissement, au voisinage de l'aorte, l'exploration devra être de plus en plus prudente, et elle sera pratiquée avec une sonde à bout olivaire.

La sonde enduite de vaseline cocaïnée étant introduite lentement derrière la base de la langue, descendra peu à peu jusqu'à ce qu'elle rencontre l'obstacle, contre lequel elle ne devra buter que légèrement. Il est quelquefois utile de se servir de l'explorateur à résonnateur de Collin pour augmenter la précision du choc donné par la sonde.

La distance de l'arcade dentaire au point où se trouve l'obstacle est marquée sur la sonde et mesurée d'une manière exacte une fois que la sonde a été retirée.

Ceci fait, on se décidera immédiatement à pratiquer l'œsophagotomie.

Ainsi, point de manœuvres de force, point d'extraction hasardée par la bouche ou de propulsion dans l'estomac ; *d'emblée*, et *d'urgence*, comme pour la trachéotomie, nous recourons à l'œsophagotomie, qui permet de saisir directement le corps étranger, sans faire de blessures à l'aveugle.

Les succès de cette opération sont déjà nombreux ; 17 succès sur 21 opérés, disaient Follin et Duplay, 99 % d'après Terrier.

L'œsophagotomie se pratique généralement à gauche, à la partie moyenne du cou, au-dessous du cartilage cricoïde.

Le malade est placé horizontalement, sur le dos, la nuque bien relevée par un coussin dur comme pour la trachéotomie. Nous préférons une bouteille enveloppée d'un linge, au lieu d'un coussin. La peau est lavée, savonnée, antiseptisée au sublimé et à l'éther, le champ opératoire garni de compresses sublimées chaudes, le chirurgien s'est soigneusement désinfecté les mains et les instruments plongent dans l'eau phéniquée au 40e. L'incision est faite dans le sillon qui sépare le conduit laryngo-trachéal du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien gauche (Begin) ou sur la ligne médiane (Berger) ; sa longueur doit être proportionnée au corps étranger à extraire. En général, on se trouvera bien d'une grande incision, commençant à un travers de doigt au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire, et se terminant au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde. Il ne faut inciser que la peau, l'aponévrose, le paucier, puis, longeant toujours le bord du sterno-mastoïdien, on se dirige alors de plus en plus contre la trachée.

Déposant le bistouri, on ne doit plus avancer que par débridements à la sonde cannelée. Un écarteur soutient le muscle et le paquet vasculo-nerveux d'un côté, un autre écarteur récline en dedans la lèvre interne de la plaie, sans toucher à la trachée. Le sang provenant des veines thyroï-

diennes antérieures et jugulaires antérieures doit être soigneusement étanché et les veines liées au catgut avant de continuer les recherches. Lorsque le corps étranger n'est pas trop haut situé et lorsque le malade n'a pas de spasmes pharyngiens, il est fort utile, pour simplifier l'opération, d'introduire par le conduit pharyngo-œsophagien une sonde dilatatrice ou simplement une sonde molle uréthrale qui servira de conducteur. Si l'on ne peut introduire ce précieux guide-âne, on cherchera le lobe latéral du corps thyroïde, on le disséquera soigneusement sur son bord externe, on le contournera, jusqu'à la partie latérale de la trachée que l'on ne peut méconnaître, et au besoin, on l'écartera légèrement en dedans en le soulevant; l'œsophage paraît accolé à la trachée, on le saisit avec une pince *en évitant de saisir en même temps le récurrent* ou le pneumogastrique. Si cela est nécessaire, dans le cours de l'opération, pour faire du jour, on sectionne le chef sternal du sterno-mastoïdien, l'omoplato-hyoïdien, et on récline les autres muscles sous-hyoïdiens. L'œsophage étant découvert, et saisi, on le ponctionne au bistouri et on y introduit la sonde cannelée pour agrandir l'incision aux ciseaux ou au bistouri mousse. L'ouverture doit avoir environ 3 ou 4 c. m. de longueur et permettre l'introduction du doigt. Il est très important de bien fixer les lèvres de l'incision avec de petites pinces de Péan, afin de ne pas être exposé à des difficultés de recherches pour les sutures. L'incision étant suffisamment large, on explore lentement du doigt la cavité du conduit œsophagien; si le corps étranger est situé au-dessus, il sera prudent de fermer provisoirement avec un tampon net de gaze iodoformée ou une éponge montée fine, la partie inférieure de l'œsophage de façon à y laisser pénétrer le moins de sang possible. On cherchera ensuite à saisir avec une pince longue le corps étranger, dont on aura reconnu la position exacte avec le doigt. Ici encore, il faudra une grande douceur, et une grande patience. Le corps étranger extrait, on épongera soigneusement la cavité avec un petit rouleau de gaze iodoformée enroulé au bout d'une pince ou d'une tige de baleine flexible; on s'assurera qu'il n'y a pas de point saignant; on lavera la cavité seule, à l'eau boriquée chaude, en évitant de laisser répandre cette eau sur le reste de la plaie; puis on fera des sutures soignées au catgut en deux plans superposés, un profond pour la muqueuse, un superficiel pour les muscles œsophagiens (Gross, Cheever, Terrier). La plaie est convenablement épongée avec des bourdonnets d'ouate sublimée, les muscles sectionnés sont suturés au catgut, et la plaie cutanée entièrement fermée avec des crins de Florence; on applique un pansement sec antiseptique, en faisant une très légère compression, bien élastique, et on donne le premier jour un ou plusieurs lavements nutritifs. Le second jour on fait prendre quelques gorgées de lait ou de bouillon, suivies de gorgées d'eau de Vichy et au besoin de quelques cuillerées de solution d'antipyrine aromatisée à la menthe poivrée ou bien d'un looch contenant du benzonaphtol; on donne encore quelques lavements alimentaires et ainsi de suite pendant trois jours. Peu à peu, on rétablit entièrement l'alimentation par la voie buccale, mais en usant toujours de liquides pendant huit ou dix jours. La plaie est généralement cicatrisée le 15e jour, si toutes les précautions antiseptiques ont été bien observées au cours de l'opération et des pansements.

Comme M. Chauvel, nous réprouvons l'usage de la sonde œsophagienne pour l'alimentation des malades opérés de l'œsophagotomie pour corps étrangers, et, de plus, nous conseillons la réunion immédiate, qui est incontestablement la meilleure pratique à suivre.

Comme accident léger consécutif à l'opération on observe parfois de la dysphonie et de la toux consécutives à l'irritation et aux tiraillements de filets du nerf récurrent. Il n'y a pas à s'en inquiéter beaucoup généralement, car cela se passe assez facilement. Ajoutons, en terminant, que dans quelques cas où l'asphyxie est très avancée, on fera bien de pratiquer la trachéotomie avant de tenter l'extraction du corps étranger, surtout, si le diagnostic est hésitant au sujet de la nature du corps étranger et au sujet de sa situation précise. Dr Paul HUGUENIN.

VARIÉTÉS

La réclame pharmaceutique dans l'Oise.

Jamais il ne nous est arrivé, en quatorze ans, dans le corps du journal, de faire une réclame quelconque, de publier un article payé, pour un produit ou pour un établissement. Mais il n'y a pas de règle qui ne comporte des exceptions et nous allons en faire une pour un pharmacien du département de l'Oise.

Si ce pharmacien n'est pas de première classe, il mériterait de l'être, si on le juge par la multiplicité de ses produits. Il a fait tant de découvertes, dans tous les genres, qu'on aurait quelque peine à énumérer toutes ses inventions, et il doit avoir quelque littérature à en juger par les noms de ses remèdes ! Rien ne manque à l'arsenal de ses préparations : Pilules, capsules, pastilles, sirop, vins, potions, poudre, thé, et M. C., de B., a un dépôt à Paris, s'il vous plaît. Vous pourrez y demander la Darcine ! la Bariline ! le Philogastre ! ! ! (qu'on se le dise), etc...

M. C. a une devise. *Il veut vaincre la maladie, en évitant les Poisons !*

Mais comme devise et multiples découvertes pourraient bien ne pas convaincre les médecins du département assez sceptiques, M. C. commence par offrir à ces cerbères un gâteau : envoyez-moi 10 fr. et vous recevrez 25 spécimens de mon savon qui, dit-il : *Conquiert tous les lavabos* ! Notez bien que ce n'est pas nous qui inventons la phrase. Elle est encadrée dans le prospectus et elle méritait de l'être, n'est-ce pas !

Mais comme ce gâteau savonneux pourrait ne pas allécher suffisamment les honorables médecins du département, M. C. ajoute et ici nous ne retranchons rien à ce bijou d'inconscience ! C'est M. C. qui souligne lui-même :

Monsieur le Docteur,

La presse médicale a déjà dû vous faire connaître mes produits, je me permets de vous engager à les expérimenter et à examiner les bons effets de la *combinaison* suivante :

Les maisons pharmaceutiques qui font de grosses affaires, le doivent à une publicité qui absorbe des sommes considérables. Distraire

semblables débours et les destiner à la bonne fortune du monde médical, c'est *ouvrir un horizon*, qui correspond mieux au but poursuivi.

Il n'est pas prétentieux de supposer que mille médecins sur 16,000 trouveront l'application raisonnable, logique. Or, en admettant pour chacun une prescription par jour, au bout d'une année on obtient un chiffre correspondant à ceux réalisés par les Sociétés qui dépensent 100.000 fr. par an en publicité. Ce sont ces 100.000 fr. qui font la *solidité* de la combinaison et voici comment. — *Vous plaît-il* de prescrire mes produits, dont le memento ci-contre, sans vous engager en quoi que ce soit et comme simple formalité vous m'informez de votre intention ; j'inscris *alors* votre nom à un numéro d'ordre et ce numéro je vous le fais connaître par retour du courrier. — En voici la cause :

A l'expiration de chaque année (pour la première fois fin janvier 1894) une roue *surveillée par des médecins de la localité* et par tous ceux qui voudraient contrôler fera sortir 10 numéros.

Le premier aura droit à 50.000 fr.

Le 2e aura droit à 10.000 fr.

Les 8 autres à chacun 5.000 fr.

Ces éléments ne sont pas les seuls pour plaider *en faveur de mes spécialités* ; car si vous voulez bien les prescrire, vous en prendrez facilement l'habitude, poussé par les bons résultats que vous en obtiendrez et par la *garantie* de disposer de préparations bien présentées, toujours identiques et d'une efficacité incontestable.

Espérant mériter votre confiance et le plaisir de longues relations, je vous prie d'agréer, Monsieur le Docteur, mes *civilités* empressées.

O. C.

Ainsi, vous êtes bien avertis, médecins de France, et si M. C. ne *conquiert pas tous les lavabos*, sûrement il se conciliera tous vos suffrages. Vous riez ? vous êtes désarmés.

BULLETIN DES SYNDICATS

Association syndicale professionnelle des Médecins de la Seine.

Organisation d'un service de remplacement pour les dimanches et jours fériés.

Dans sa séance du 20 avril 1893, le Conseil d'administration de l'Association syndicale des Médecins de la Seine, sur la demande d'un certain nombre de nos collègues de l'Association, a étudié la création d'un service de remplacement pour les dimanches et jours fériés.

M. le docteur Albert Leblond, après une étude attentive de la question, a soumis les propositions suivantes qui, à titre d'essai, ont été adoptées à l'unanimité des membres présents.

I. — Dans chaque quartier, ou dans les quartiers limitrophes, il sera créé, sous le contrôle du Syndicat et parmi les Médecins faisant partie de l'Association syndicale, un service de remplacement pour les dimanches et jours fériés.

II. — Les médecins faisant partie d'un groupe seront de service, à tour de rôle, les dimanches et jours fériés. — Le service sera de vingt-quatre heures.

III. — Le Médecin de service aura à sa disposition, une voiture qui stationnera devant sa porte, de deux heures de l'après-midi à six heures du soir, et de huit heures à dix heures du soir.

IV. Chaque Médecin associé paiera une cotisation mensuelle, destinée à couvrir les frais de voiture et de poste nécessités par les convocations. — Cette cotisation sera proportionnelle au nombre des Médecins associés de chaque groupe.

V. — Un Secrétaire-trésorier sera désigné, par chaque groupe, pour faire les convocations et régler les frais de voiture.

VI. — Chaque semaine, deux jours au moins à l'avance, le Secrétaire-trésorier adressera une lettre faisant connaître à chaque associé le nom et le domicile du médecin de service.

La lettre indiquant au médecin son tour de garde lui sera expédiée, six jours au moins à l'avance.

Le médecin désigné, au cas où il ne pourrait assurer le service, devra s'entendre avec un confrère et faire connaître dans les 48 heures au secrétaire-trésorier le nom de son remplaçant, afin que le nom du médecin de service puisse être désigné aux autres confrères dans le délai ci-dessus stipulé, c'est-à-dire deux jours au moins à l'avance.

VII. — Le prix des visites faites appartiendra *en entier* au médecin de service. — Les honoraires devront être réclamés immédiatement.

VIII. — Le prix des visites sera celui payé par le malade à son médecin ordinaire. — Le médecin de garde devra s'en rapporter à la déclaration du client. — Au cas, où il supposerait une fraude, il devrait en référer au médecin habituel du client.

IX. — Toute contestation survenant entre confrères d'un groupe sera soumise au Bureau du Syndicat, qui après débat contradictoire, prononcera un blâme ou l'exclusion du service de remplacement ou même du syndicat.

Le Comité d'administration invite, dès lors, les médecins faisant partie du Syndicat de vouloir bien envoyer leur adhésion au Dr Albert Le Blond, 53, rue d'Hauteville, afin que l'organisation du service puisse se faire dans un délai très rapproché.

L'exploitation de l'Assistance publique par les malades aisés.

On sait avec quelle ardeur *l'Association syndicale professionnelle des médecins de la Seine* dénonce l'exploitation véritable que subit l'Assistance publique de la part de malades dont la situation de fortune n'est rien moins que précaire.

C'est un abus dont les contribuables, aussi bien que les médecins, ont à souffrir et qu'il est grand temps de faire disparaître.

Nous avons publié en temps opportun les pétitions adressées par l'Association au Conseil Municipal de Paris ; nous empruntons aujourd'hui au *Bulletin municipal officiel de la Ville de Paris* la discussion qui s'en est suivie.

Séance du 23 *mars* 1893

L'ordre du jour appelle la question de M. *Lyon-Allemand* sur le traitement, dans les hôpitaux, de malades riches payant la rétribution ordinaire de 3 fr. 30.

M. *Lyon-Allemand*. — Messieurs, voici un fait sur lequel je tiens à appeler l'attention du Conseil et de l'Administration.

Un habitant de Meulan — je n'ai pu connaître son nom — est venu à Paris avec une ordonnance de son médecin indiquant la nécessité d'une opération. Il s'est rendu chez le chirurgien à qui on l'avait adressé, mais en apprenant quel serait le prix de l'opération, il s'est retiré.

Qu'a-t-il fait alors ? Oh ! c'est bien simple. Ce citoyen intelligent et peu scrupuleux — qui a 40,000 francs de rente — a pris un faux domicile à Paris, s'est fait passer pour nécessiteux et est entré dans un de nos hôpitaux où il a été opéré gratuitement. Si bien que ne payant que le modeste prix de journée, soit 3 fr. 30, il a économisé 2 à 3,000 francs.

M. *Cattiaux*. — Il faut le poursuivre pour avoir pris un faux nom et un faux domicile, ce qui constitue le délit d'escroquerie parfaitement caractérisé.

M. *Lyon-Allemand*. — Je vous ai dit que je n'avais pas pu savoir son nom.

M. *Caumeau*. — Il est bien facile de retrouver, à Meulan, un homme ayant 40,000 livres de rentes et qui a subi, il y a peu de temps, une opération.

M. *Lyon-Allemand*. — Je ne place pas la question sur un terrain d'espèce. C'est une mesure générale que je demande. Les malades aisés qui recourent au traitement hospitalier sont peu nombreux dans les services de médecine. Il n'en est pas de même dans les services de chirurgie, à cause de la grosse dépense qu'entraînent la plupart des opérations.

Aussi, pour remédier à ces abus, j'ai l'honneur de déposer la proposition suivante :

« Le Conseil,

« Invite l'Administration à prendre des mesures énergiques pour empêcher que des gens aisés et même riches se fassent opérer gratuitement dans nos hôpitaux ;

« L'invite spécialement à rendre beaucoup plus sévères les enquêtes sur la situation des personnes dont le domicile permanent, à Paris, n'est pas établi.

« *Signé* : *Lyon-Allemand*. »

M. *Quentin-Bauchard*. — Appuyé !

M. *Charles Longuet*. — J'appuie également la proposition de M. Lyon-Allemand, s'il est prouvé que l'abus qu'il signale soit aussi considérable qu'il le prétend. Dans tous les cas, il ne faudrait pas laisser croire que cet abus soit général ; ce serait contraire à la réalité.

M. *Lyon-Allemand*.— De la part de Parisiens le fait est, je le sais, relativement rare. Mais il est très fréquent de la part de personnes venues de province.

M. *Dubois*. — Beaucoup de Parisiens riches se font soigner dans les hôpitaux. Je pourrais citer des noms.

M. le Directeur de l'Assistance publique. — M. Lyon-Allemand signale le fait d'un malade affecté de 40,000 livres de rente, qui se serait fait opérer, sinon gratuitement, mais du moins à peu de frais dans un des hôpitaux de Paris.

J'estime qu'ils doivent être rares les gens qui, ayant une telle situation, se rendent à l'hôpital ; aussi rares sans doute que ces faux pauvres qui font à leurs héritiers la surprise de laisser des liasses de billets de 1,000 francs dans leur paillasse.

M. *Cattiaux*. — Il doit en exister, au moins pour le principe. (Rires.)

M. le Directeur de l'Assistance publique. — Mais, sans se présenter dans des conditions aussi saisissantes, les inconvénients que signale M. Lyon-Allemand n'en sont pas moins réels.

Voici ce qui se passe : un malade, homme ou femme, femme plutôt, est atteint d'une affection qui nécessite une grave intervention chirurgicale. Son médecin l'envoie consulter un chirurgien autorisé et, en même temps qu'il lui donne des renseignements sur la maladie de son client, il lui donne des indications sur sa situation personnelle. Et je suis sûr, Monsieur Lyon-Allemand, que le médecin de la ville dont vous parlez n'a pas négligé de signaler les 40,000 livres de rente de son malade.

De deux choses l'une : ou le malade est en situation d'honorer le chirurgien et, pour le faire comme il doit, il faut qu'il soit dans une situation de fortune au-dessus de la moyenne ; ou il n'en est pas ainsi et alors le chirurgien dit au malade : entrez dans mon service où vous serez très bien soigné.

Le malade entre dans le service et nous ne recouvrons que les 3 fr. 30 de prix de journée ; et il faut bien dire que l'opération, par ses suites, nous a coûté plus que ce prix moyen.

Par conséquent, ce que nous faisons à l'heure actuelle, c'est la seule chose que nous ayons qualité pour faire.

Ce que nous voudrions, c'est qu'on établît dans les hôpitaux des prix de journée différents pour la médecine et la chirurgie, et je fais préparer les éléments qui nous manquent encore pour obtenir ces résultats.

Quant à demander au malade le remboursement exact des dépenses effectuées à l'hôpital, cela est absolument impossible, car il est matériellement impossible d'en faire le décompte exact.

En résumé, je ne m'oppose pas à l'adoption de la proposition de M. Lyon-Allemand, dans la forme générale où elle a été admise.

M. *Lyon-Allemand*.— M. le Directeur de l'Assistance publique vient de signaler un nouvel abus que je ne connaissais pas, à savoir que les chirurgiens sont parfaitement instruits de la situation aisée de certains malades.

Dans le cas que j'ai signalé, c'est bien à un chirurgien que le malade avait été adressé. Mais celui-ci est allé trouver un chirurgien autre que celui à qui son médecin le recommandait.

Je dépose donc une deuxième proposition ainsi conçue :

« L'administration est invitée à étudier l'application d'un prix de journée spécial pour les malades aisés.

« *Signé* : *Lyon-Allemand*. »

Les deux propositions de M. Lyon-Allemand sont adoptées.

Le Bulletin de *l'Association syndicale* fait suivre ce compte rendu des réflexions suivantes :

La discussion précédente nous inspire quelques réflexions : Des deux propositions de M. Lyon-Allemand la dernière est ainsi conçue :

L'Administration est invitée à étudier l'application d'un prix de journée spécial pour les malades aisés.

Cette proposition nous semble dangereuse, car elle consacre, pour les gens qui ne sont pas nécessiteux, le *droit* de se faire soigner dans les hôpitaux.

Nous en tenant à la définition du mot hôpital : *Maison de charité établie pour recevoir et soigner gratuitement les malades indigents*, nous pensions que les hôpitaux avaient été créés pour les pauvres seuls, à l'exclusion de toute autre catégorie de malades.

Aujourd'hui, on semble vouloir en ouvrir les portes à tous ceux qui jugent commode ou économique de s'y présenter. On élèvera, dit-on, le prix des journées de maladie pour les gens riches. Soit, mais il n'en reste pas moins évident que les hôpitaux n'auront plus la destination pour laquelle ils ont été fondés. L'Assistance publique deviendra, par ce fait, une entreprise plus ou moins lucrative dont les médecins et les chirurgiens seront les employés bénévoles au grand dommage des indigents, auxquels ils ne pourront plus consacrer le même temps, au détriment aussi du corps médical, auquel échappera une bonne partie de la clientèle aisée.

Au nom des malheureux et au nom de notre corporation, nous protestons hautement contre de pareilles tendances.

Nous demandons à nos édiles et à l'Administration de l'Assistance publique de revenir aux traditions. La justice et la logique le commandent.

Aucune rétribution, quelque minime qu'elle soit, ne doit être exigée des malades hospitalisés.

Mais il faut pour cela que les hôpitaux ne reçoivent que de véritables indigents.

Quand il en sera ainsi, quand l'Assistance publique éliminera soigneusement tous ceux qui ont un domicile et des ressources, on ne verra plus chaque matin, à l'heure des consultations, tant de malheureux aller frapper successivement à la porte de tous les hôpitaux, promenant de l'un à l'autre leur navrante misère et leurs souffrances, toujours repoussés, jamais admis.

Pour mettre fin à un état de choses aussi fâcheux, nous dirons aussi à quelques médecins et

chirurgiens des hôpitaux, ne pouvant ou ne voulant se contenter de modestes honoraires : « N'invitez pas à entrer dans vos salles d'hôpital ceux de vos malades que vos prix effraient. Adressez-les à des confrères plus modestes et dignes de votre confiance ; vous n'aurez pas à vous reprocher d'avoir favorisé les abus dont les vrais pauvres et le corps médical sont les victimes. »

Nous admettons que certains chirurgiens très sollicités aient des exigences en rapport avec leur talent. Mais ce que nous ne comprenons pas, c'est l'alternative dans laquelle quelques-uns placent leurs clients en leur disant : « Tel est mon prix, s'il est au-dessus de vos moyens, entrez à mon hôpital, voici un billet d'admission. »

Pour faire cesser ces abus, il suffira, nous l'espérons, de les signaler et de faire appel au bon vouloir des princes de la chirurgie et de la médecine. Leur haute situation leur donne des droits incontestables, mais ceux-ci ne vont pas sans certains devoirs. Ces devoirs, ils ne peuvent, ni ne doivent les méconnaître.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs DA-BAT-DAFFAUR, de Maubourguet (Hautes-Pyrénées), LAUNAY, du Havre, BEAU, de Sumines (Gard), BARTIN, de Chauriat (Puy-de-Dôme), LECONTE, d'Inchy (Pas-de-Calais), membres du Concours médical.

REPORTAGE MÉDICAL

Le Banquet annuel de l'Association générale des Etudiants a eu lieu le jeudi 18 mai, à l'Hôtel Moderne, sous la présidence de M. *Emile Zola*. L'assemblée était très nombreuse et très brillante. Le clou était le discours de M. Zola, qui a glorifié le *travail*, sa religion. Le président de l'Association, M. *Laurent*, a répondu, d'une façon charmante, à l'illustre écrivain et les bans ne lui ont pas été épargnés. Après le dîner est venu le tour des chansonniers habituels de l'Association, non moins applaudis.

Il ne manque à l'Association qu'un local digne de ses deux mille membres. Il est temps, grandement, de trouver la combinaison financière qui la dotera d'une belle et ample *maison*.

— L'Etat et le département de la Seine viennent d'accorder une somme de 1.052.200 francs, dont chacun paiera la moitié pour la construction d'un Institut médico-légal à Paris.

— *Vaccination en Cochinchine*. — Le problème de la vaccination en Cochinchine a été résolu par le Dr Calmette, directeur de l'Institut de bactériologie et de vaccination animale.

Avant l'occupation française, ce pays était un foyer endémique de variole. Des efforts sérieux furent tentés par M. Rochard, inspecteur général du service de santé de la marine et les médecins de la marine relevant de son autorité. Mais la vaccination de bras à bras offrait de grands dangers en raison de la fréquence de la lèpre et de la syphilis dans la population indigène. Le vaccin de génisse s'atténuait rapidement par les passages successifs d'un animal à l'autre.

M. Calmette tenta de substituer aux veaux et aux génisses, les buffles et bufflonnes du pays. Le résultat fut merveilleux, et actuellement, le vaccin de buffle est largement employé, et l'on peut dire que le problème de la vaccination en Indo-Chine est complètement résolu.

— *Institut Pasteur*. — En 1892, 1790 personnes ont été traitées à l'Institut Pasteur ; 4 sont mortes de la rage, soit une mortalité de 0, 22 %. Rappelons qu'en 1886, au début, la mortalité atteignait 0, 94 %.

— *Intoxication saturnine par la braise chimique*. — Dans une séance du conseil d'hygiène, M. Dujardin-Beaumetz a rapporté un cas grave d'intoxication saturnine chez une femme employée dans une fabrique de *braise chimique* ; c'est ainsi qu'on désigne un charbon spécial traité par un nitrate et servant d'allume-feu. Au lieu d'employer du nitrate de soude ou de potasse, certains industriels trouvent plus avantageux de se servir du nitrate de plomb qui est plus lourd et augmente le poids du produit. Souvent les ouvriers sont atteints d'intoxication saturnine. Il y aurait lieu d'interdire cette industrie dangereuse.

— *Rhum artificiel*. — Voici, d'après une revue spéciale, comment on peut préparer de l'excellent rhum de la Jamaïque :

On fait infuser dans 10 litres d'alcool à 80°

Râclures de cuir torréfiées.....	2 kilogr.
Ecorce de chêne en poudre.....	500 gram.
Ecorce d'orange en poudre....	20 —
Poivre de la Jamaïque..........	20 —
Cachou..............................	20 —
Vanille..............................	20 —
Clous de girofle.................	20 —

On fait infuser à froid pendant 20 jours ; on passe au tamis, on laisse en repos 10 jours, et on ajoute 100 litres de bon alcool de grain.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

Petite encyclopédie médicale. Collection de volumes in-18 raisin, cartonnés à l'anglaise, à **3** francs.

Volumes déjà publiés.

1. **Hygiène de l'oreille,** *soins préventifs contre les affections auriculaires*, avec 5 figures dans le texte, par le Dr *Mounier*.
2. **L'Art d'administrer les médicaments aux enfants,** par le Dr Paul *Cornet*.
3. **Abus de l'Hygiène et des médicaments,** ou *Moyens antihygiéniques de se conserver la santé*, par le Dr Jacques *Nattus*.
4. **Guide pratique pour le traitement des maladies de l'oreille,** par le Dr J. *Baratoux*, avec 43 figures dans le texte.
5. **L'Hygiène et le traitement du diabète,** par le Dr *Monin*.
6. **Guide pratique pour le traitement des névroses,** par le Dr *Laurent*.
7. **Les Teignes, leur traitement,** par le Dr *Butte*.
8. **Hygiène et salubrité de l'Ecole,** ou *Traité d'hygiène scolaire*, par le Dr Raoul *Lafon*.
9. **Hygiène et traitement de l'Arthritisme,** par le Dr Maxime *Lejeune*.
10. **Hygiène et traitement des maladies du cœur,** par les Drs *Regnault* et *Azoulay*.
11. **L'art d'exécuter les prescriptions du Médecin,** par le Dr R. *Mesnard*.
12. **Les accidents de la première dentition,** par P. *Poinsot*.
13. **Skiascopie** applicative à l'Examen des conscrits, par le Dr *Billot*.

Chaque volume net 2 fr. 40 *franco* pour MM. les membres du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année **N° 22** 3 Juin 1893

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

INDEMNITÉ DE MALADIE

Quel devrait être le rôle du Secrétaire de l'Association générale, dans l'examen des Œuvres professionnelles.

Nous vous disions, récemment, chers confrères : « un nouveau règne commence ; celui du *Secrétaire général de l'Association*. Nous devons oublier, malgré tout leur mérite, ses opinions antérieures : M. Lereboullet n'était que journaliste et le simple porte-parole professionnel du journal, dont il est le Directeur ; en conséquence, les opinions qu'il professait, n'engageaient que lui. Il devra nous prévenir lorsqu'il parlera en son nom personnel, et faire connaître aussi les circonstances dans lesquelles il sera l'organe du Conseil et du Président, qui dirigent les destinées de notre Société de prévoyance et de secours mutuels ».

Dans un récent article qu'il vient de publier, nous ne pouvions discerner à qui nous avions à faire : si c'était au journaliste ou au secrétaire général. Nous le lui avons demandé, dans notre dernier numéro ; il n'a pas répondu.

Nous le regrettons ; M. Lereboullet sait bien qu'il existe une opposition réelle entre les traditions, les opinions irrédentistes des plus anciens membres du Conseil et celles qu'a émises, depuis son avènement, M. le Président *Lannelongue*. Tout est bien, dans la meilleure des associations, professent les premiers. Une Société qui ne progresse pas, qui ne se renouvelle pas, qui ne remplit pas son programme : *compléter les œuvres d'assistance,* cette Société recule et dépérit, dit le Président.

Et nous, nous ne voulons pas qu'elle dépérisse. Nous demandons, depuis des années, la création de nouvelles pensions de retraite, ou leur augmentation, prise sur les revenus. Nous demandons la création d'une caisse spéciale pour les veuves et pour les orphelins ; nous avons proposé les premiers de tous, non pas ce que M. Lereboullet persiste à appeler l'assurance maladie, mais ce que nous appelons simplement l'indemnité de maladie. Nous ne voulons pas, en effet, ne faire qu'une œuvre d'assurance banale ; nous voulons le droit à l'indemnité, tempéré par le caractère confraternel des parties prenantes, les médecins ; œuvre, par conséquent, qui, si elle comporte le droit, se flatte par ses bienfaits et par la modération de ses règlements, de mériter, tout aussi bien, les dons et les offrandes des personnes généreuses, que la caisse de pensions d'assistance *de notre Association.*

A quoi bon reproduire cette singulière opinion du vénérable *Diday*, qui s'imagine (il est encore du nombre de ceux, si nombreux, qui ne sont pas au courant des discussions sur la matière) que les membres de l'Association signeront un contrat avec une *caisse centrale*, contrat qui pourrait tarir ou diminuer notablement les ressources de l'Association générale, parce que ceux qui songeraient à lui faire un legs important apprendraient « que les médecins sont en train de s'arranger entre eux, pour se mettre désormais à l'abri du besoin ».

Voyez-vous ce donateur généreux qui, informé qu'un médecin a pensé à prélever, sur ses faibles ressources, une somme de 4 fr. par mois, destinée, dans son esprit, s'il devient malade, à lui procurer une indemnité journalière, va rengainer son don, au lieu de s'intéresser, un peu plus, à cet homme prévoyant qui, pour ne point trop grever l'Association générale, dont il fait partie, s'est imposé un sacrifice.

Ce sont là des arguments de journaliste et non de secrétaire général, et M. Lereboullet n'a

sûrement pas mandat spécial pour les reproduire, après tant d'autres.

L'argument qui suit n'a pas plus de valeur, contre l'*indemnité de maladie*, que M. Lereboullet nous reproche de poursuivre avec la persévérance hypnotique d'un faiseur de projets : les projets que nous faisons, nous avons l'habitude de les traduire en réalités et nous n'avions pas cru, jusqu'à ce jour, que la persévérance, dans un projet louable, fût à blamer. En tout cas, cette persévérance est un élément de succès et nous ne nous en départirons pas, jusqu'à l'insuccès ou au succès final. M. Lereboullet n'est pas un faiseur de projets ; il se contente de chercher les défauts de ceux qu'il examine.

L'Association générale est une Société de secours-mutuels. Toutes les Sociétés de secours-mutuels délivrent à leurs membres l'indemnité de maladie. En vertu de quelles arguties, de quelles appréhensions chimériques, est-elle arrivée à se faire dire en haut lieu que, seule, elle ne pourrait délivrer cette indemnité !

M. Lereboullet sait que bien avant qui que ce soit, nous avons recueilli des adhésions au principe de l'*indemnité* et que si nous n'avons pas voulu en demander de *fermes*, c'est par la raison bien simple que, depuis sept ans, nous patientons pour le convaincre, lui et ses adhérents, que l'Association générale devrait faire sienne cette œuvre, qu'elle y aurait tout bénéfice et tout honneur. Maintenant que nous sommes assurés qu'elle ne pourra plus être éclairée sur son intérêt véritable, nous ne renonçons pas, pour cela, à utiliser ses cadres, les Bureaux des Sociétés locales, joints à ceux des Syndicats, pour diriger, dans chaque département, la perception des cotisations et leur répartition. Ce n'est pas le Président de l'Association qui nous refusera cette faculté.

Quant à toutes les objections (il n'y a jamais que des objections, jamais des encouragements) contre l'œuvre que l'on veut présenter comme une *combinaison financière*, elles n'ont pas la moindre valeur. Depuis 1884, l'indemnité de maladie existe en Angleterre. Nous ferons à celle-ci les emprunts nécessaires et ce qui est reconnu, par la pratique, excellent pour les médecins Anglais, aura sûrement quelque prix pour nos confrères de France.

On a dit : mais les Anglais ont des mœurs spéciales, le goût de l'assurance, etc., etc. Nous répondrions aisément, avec la statistique, qu'il y a au moins autant de médecins français que de médecins anglais assurés sur la vie.

On s'étonne que nous consentions à faire quelques avantages aux fondateurs de la Caisse indemnité ! Comme si cet avantage de quelques francs, si on était contraint, plus tard, d'élever les tarifs, pouvait être sérieusement reproché à une œuvre qui n'est pas encore fondée et que l'on veut rendre plus accessible à tous ! Que M. Lereboullet se rassure : ce n'est pas cet avantage présumé qui fera tort à ce qu'on prépare, pas plus que l'abaissement à 40 ans, si on l'adopte, de la limite d'entrée à la *Société Lagoguey* ne portera à celle-ci grand préjudice !

Non, il est, espérons-le, du journaliste et non du secrétaire général de l'Association, ce tableau qu'on peint, d'une œuvre encore dans les limbes. Voici l'apostrophe : « Vous allez vous réunir 100, 150 ou 200 médecins (c'est peu) ; vous fonderez une Société d'assurances (M. Lereboullet, on le voit, tient à ce mot) ; fondateurs, vous participerez à *toutes les allocations* qu'elle promettra à ses membres, (c'est assez juste). Quels que soient votre âge, vos chances de maladie, vous aurez droit à une indemnité fixe et le jour où la Société sera constituée, le jour où vous reconnaîtrez qu'il est matériellement impossible qu'elle vive, sans se recruter parmi des médecins relativement jeunes et bien portants, (ce jour, nous le supposons, ne sera pas celui de la création), *vous modifierez vos statuts et, forts de votre prospérité fictive, mais annoncée à grand fracas*, (pourquoi ces affirmations singulières et de quel droit ?) *vous essaierez de prospérer aux dépens de vos nouveaux adhérents* ! »

Cette dernière phrase est un comble ! les insinuations très blessantes qu'elle contient ne peuvent venir du secrétaire général de l'Association ; il n'est autorisé par qui que ce soit, à faire ainsi le procès d'une œuvre médicale à naître, qu'il ne connaît pas, qu'il n'a pas étudiée. M. Lereboullet a dépassé la mesure et nous ne continuerons pas à citer la suite de son article.

Laissons donc de côté cette querelle si déplacée et remettons les choses au point ; nos lecteurs, très bons juges en ces matières, savent à quoi s'en tenir.

En quoi se résume notre proposition de 1885.

Un médecin doit verser 4 fr. par mois (48 fr. par an). S'il est malade, comme nous nous connaissons tous dans nos Sociétés, que nous nous voyons journellement, sûrement il ne formulera pas une demande d'admission. Voilà le plus sûr examen médical ; en outre, on ne bénéficiera de l'œuvre qu'au bout de six mois de cotisation : voilà le second élément de sécurité. S'il est inconnu, nouveau venu, il se soumettra à l'examen d'un confrère, après déclaration préalable d'ailleurs qu'il est de bonne santé. — Une fois admis, s'il tombe malade, pendant 4 mois il a droit à une indemnité quotidienne de 10 fr. par jour, soit 1200 fr., somme qui, en province, procure non un gain, mais un soulagement notable. Les années suivantes s'il continue à être malade, il a droit de nouveau à une indemnité maximum annuelle de 1,200 francs.

En ce qui concerne l'âge, les premiers adhérents de l'œuvre pourront-ils y entrer quel que soit leur âge, malgré les chances de maladie qui s'accroissent alors ? C'est au Comité d'organisation qu'il appartiendra de décider cette question.

Les cotisations, recueillies par les trésoriers des Sociétés locales et par ceux des Syndicats seront versées à une caisse centrale. Il n'est pas du tout nécessaire que ce soit celle de l'Association.

Un médecin, adhérent, tombe malade ; le président du Syndicat ou celui de l'Association fait constater la maladie par un voisin, puis le rétablissement. Il envoie alors un chèque, revêtu de sa signature au confrère qui le touche sans difficulté à la caisse centrale. Et c'est tout.

Telle est notre organisation. Elle est trop simple, dira-t-on ! Pourquoi ? Est-ce parce qu'on aura pu ne pas demander une cotisation suffisante pour parer à tous les besoins ? Mais un des articles dit que la caisse (et qui réclamerait contre cette précaution !) n'est responsable que jusqu'à concurrence des sommes reçues. Qu'est

en effet cette œuvre, comme toutes ses pareilles? Des médecins mettent, en commun, une somme, en proportion avec leur nombre, en rapport avec leurs besoins probables ; ils se la répartissent en totalité, ou en partie, dans une mesure équitable. Si après une ou deux années ils voient que la cotisation est trop élevée, ou trop faible, ils la réduisent, ou ils l'augmentent. Où sont donc les fameux risques ?

Non, nous ne sommes pas de l'avis de M. Lereboullet ; il n'est pas nécessaire de calquer les Sociétés financières, qui ont pour but légitime l'*exploitation des risques* à leur profit et il ne fera croire à personne que comme il le dit : *les fondateurs d'une œuvre d'assistance mutuelle puissent songer à s'arroger des droits qu'ils savent inconciliables avec le succès de cette œuvre.* Quelles phrases pour un secrétaire général !

Si nous en venons à cette organisation de l'indemnité de maladie, chers confrères, le *Conseil de Direction du Concours* et le *Bureau de l'Union*, procéderont, en cette matière, comme ils l'ont toujours fait.

Après l'enquête qui se poursuit, par questionnaires, ils convoqueront tous les médecins qui se sont occupés de l'indemnité de maladie ; ils leur fourniront les éléments d'information de tout genre qu'ils posséderont. Ils leurs offriront les moyens d'assister plusieurs fois, si cela est nécessaire, aux séances d'élaboration du règlement de l'Œuvre d'indemnité. L'examen sera approfondi et si nous passons à l'exécution, nous le ferons en parfaite connaissance de cause, sans nous préoccuper des critiques injustes et des procès de tendance. Les œuvres déjà accomplies répondent au moins de la rectitude des moyens employés pour mener à bien une œuvre souhaitable pour tous.

A. C.

LA SEMAINE MÉDICALE

Variole et vaccine.

Depuis que Jenner a fait cette précieuse découverte de la possibilité de l'immunisation contre la variole par l'inoculation de la vaccine, les questions de la nature du virus, de son efficacité, de sa conservation, de sa culture sur la génisse ou sur l'homme, ont été agitées, discutées, résolues différemment, et le fait est qu'elles sont encore assez obscures sous bien des rapports. Dans un de nos précédents numéros, nous avons vu que l'on tendait de plus en plus à assimiler la vaccine à une variole modifiée par la culture sur la génisse et que, d'autre part, on atténuait généralement la variole chez les sujets qui étaient exposés à la contracter ou même en incubation de variole, en leur inoculant la vaccine (1). M. le Dr *Lombard*, de Terrasson, vient de nous communiquer l'observation collective d'une famille atteinte de variole, qui a été soignée d'après ces principes. La vaccine, quoiqu'appliquée pendant l'incubation, a été notoirement efficace et a atténué tous les symptômes de la maladie.

« Appelé le 3 mars 1893 auprès d'une dame X..., âgée de 40 ans environ, pour une éruption pustuleuse confluente, je pose le diagnostic de variole, avec d'autant plus de certitude que la fille aînée, âgée de 18 ans, vient de revenir de Périgueux, convalescente de variole.

Le 10 mars, le mari de la dame X··· présente les premiers symptômes de la variole.

J'apprends qu'aucun des membres de la famille, qui se compose du père, de la mère, d'un fils et de trois filles, n'a jamais été vacciné. Aussitôt, je pratique la vaccination du fils, âgé de 15 ans, et des deux plus jeunes filles, âgées l'une de 10, l'autre de 5 ans.

Le 13, le père a des symptômes de plus en plus nets de variole : céphalalgie atroce, douleurs de reins, nausées et fièvre. Le 19, on vient me chercher pour le fils. Il a une éruption de variole très discrète, et porte en même temps au bras droit trois belles pustules de vaccin.

L'état du père est le même, celui de la mère est satisfaisant.

Le 22, éruption très confluente chez le père. La fille de 10 ans a quelques boutons de variole et deux pustules en pleine évolution sur le bras. La plus jeune jouit d'une santé parfaite, et a au bras des pustules de vaccin. La mère et le fils vont bien ; ce dernier se lève et se promène dans la maison.

Le 29, je revois le père dont le corps est couvert de croûtes. La terminaison a été très heureuse chez ce dernier, bien que sa variole fût une des plus confluentes que j'aie jamais vues.

J'ai eu occasion de voir, depuis, le père et la mère ; ils présentent des cicatrices peu apparentes. Ils ont été tenus, pendant tout le temps de leur maladie, dans une obscurité presque complète, indépendante de ma volonté, mais à cause du manque de vitres aux fenêtres. Quant à la ventilation, elle était plus que suffisante.

L'évolution chez le père s'est faite avec une lenteur remarquable. On ne peut nier que, chez deux des enfants, le vaccin, évoluant en même temps que la variole, ne l'ait considérablement atténuée. Quant à la troisième, elle a été absolument préservée.

Y a-t-il eu, chez elle, en raison de son âge, absorption plus prompte du vaccin, et, par suite, immunité ? La chose me paraît probable. »

Il ressort nettement de cette observation que les deux virus peuvent évoluer parallèlement, et, de plus, que la variole peut être atténuée.

(1) *Concours médical*, n° 9, page 97.

Diagnostic et traitement de la gale.

Nous empruntons à une leçon de M. le professeur *Fournier* quelques remarques pleines de sens pratique sur le diagnostic et le traitement de la gale.

Le signe pathognomonique est le sillon, et, quand on en trouve un, le diagnostic est fait. Cependant, bien qu'il soit très facile de reconnaître un sillon, quelques erreurs sont possibles. C'est ainsi que l'on peut prendre pour la trace de l'acare un simple pli cutané, une égratignure noircie. Le mieux est de toujours se servir de la loupe, et, si l'on conserve le moindre doute, d'extraire l'arachnide et de le porter sous le microscope.

Mais la recherche demande souvent beaucoup de patience ; de plus, le sillon peut faire défaut aux mains des gens qui manient des substances

chimiques, chez les blanchisseurs, les teinturiers, les corroyeurs, chez les forgerons, les ouvriers aux mains calleuses.

La présence du sillon n'est véritablement pas indispensable pour affirmer l'existence de la gale. Le caractère de l'éruption et des démangeaisons a pour cela beaucoup d'importance. C'est surtout la nuit que les démangeaisons sont intenses ; l'éruption a la forme de l'ecthyma (mains, pieds, fesses, coudes), elle est disséminée partout, sauf à la tête et à la face, qui sont toujours indemnes ; enfin, elle est beaucoup plus intense sur certains points que dans d'autres ; chez l'homme, elle siège autour des mains, au pénis, à la paroi antérieure de l'aisselle, aux fesses ; chez la femme, le sein est particulièrement frappé. — Souvent l'éruption est polymorphe et on trouve des nodosités éruptives très diverses sur le même malade : papules petites et grosses, vésicules, papulo-vésicules, pustules, pustulettes, eczémas.

La recherche des circonstances dans lesquelles le sujet a gagné sa maladie vient encore aider le diagnostic. Dans l'immense majorité des cas, il l'a pris de quelqu'un qui se grattait, d'une femme, d'un enfant ou même d'un camarade de lit.

Ce qui fait souvent la difficulté du diagnostic, c'est que l'on ne pense pas que cette maladie puisse se rencontrer chez les gens riches ou simplement aisés aussi bien que chez les pauvres ; erreur profonde ; la gale ne respecte personne, elle peut exister chez les plus propres et chez les plus élégants.

Le seul but que doit se proposer le traitement est de tuer l'acare. On peut y arriver en s'astreignant à rechercher tous les sillons sur le malade et en poursuivant les parasites qui s'y trouvent. Renucchi, qui démontra la nature parasitaire de la gale, prouva qu'on pouvait guérir les malades de cette façon ; malheureusement, cette pratique est fort longue et il faudrait plus d'une semaine pour traiter un seul galeux.

La seule chose qu'il y ait à faire, c'est d'appliquer sur la peau des acaricides. Ceux-ci sont extrêmement nombreux. On a eu recours au soufre, à tous les mercuriaux, aux carbonates alcalins, à la chaux, à la potasse, à l'acide phénique, à la térébenthine, au goudron, etc.

Le traitement actuel employé à Saint-Louis, et d'invention absolument française, est *la frotte*.

Le traitement de Saint-Louis comporte trois opérations successives. En premier lieu, le malade se met complètement nu et se frotte du cou aux pieds pendant une demi-heure avec du savon noir. Pendant une deuxième demi-heure, il se met dans un bain et continue ses frictions, puis, une fois qu'il est sorti du bain, on lui étend sur le corps une couche de pommade sulfo-carbonée, dite pommade d'Helmerich. Le patient se rhabille, reste ainsi englué pendant vingt-quatre heures, et ce n'est que le lendemain qu'il prend un bain. Naturellement, on passe les vêtements à l'étuve, afin de les débarrasser des parasites qui pouvaient s'y trouver.

La frotte donne des résultats excellents. Sur 12,294 malades traités en 1890, c'est à peine si 3 ou 4 p. 100 n'ont pas été guéris dès la première fois qu'ils ont subi la frotte.

Ce traitement est un peu dur. On peut le mitiger, sans inconvénient. Au lieu de savon noir, on emploiera le *savon ordinaire* ; la pommade d'Helmerich est trop forte et peut être remplacée par la lotion suivante, dite de Bourguignon :

Glycérine..................	200 grammes.
Gomme adragante..........	5 —
Fleur de soufre............	100 —
Sous-carbonate de potasse.	35 —
Essence de menthe.........	ãã 1 gr. 50.
— de lavande........	
— de canelle.........	
— de girofle..........	

Il n'est pas nécessaire de laisser le malade enduit de pommade tout un jour. Vous pouvez le laisser se baigner au bout d'une demi-heure et lui conseiller d'étendre ensuite sur la peau une légère couche de cold-cream et de poudre d'amidon.

La désinfection des vêtements est absolument indispensable. A Saint-Louis, cette désinfection est fort bien faite, dans des étuves où la température peut atteindre 110°. Les draps où a couché le galeux devront être envoyés au blanchissage et il faudra brûler les gants qu'on ne peut débarrasser complètement.

Chez les malades dont la peau est très enflammée, il faut attendre un peu avant de commencer la frotte et calmer le prurit par des bains d'amidon, des cataplasmes, des onctions de glycérolé d'amidon.

Chez les enfants, M. Fournier ordonne des bains, des cataplasmes pendant deux ou trois jours, puis de légères frictions savonneuses et la pommade au styrax.

Après la frotte, les malades ont encore quelques démangeaisons qui cèdent aux bains d'amidon, à moins que ces malades n'aient l'imprudence de retourner auprès des personnes qui les ont contaminés et qui, elles-mêmes, n'ont pas été désinfectées.

Un nouveau signe de la péricardite.

La péricardite est souvent d'un diagnostic assez scabreux et la plupart du temps il faut une sagacité clinique considérable pour savoir la dépister. Il est vrai que c'est, généralement, faute d'examens complets des malades, que les médecins passent à côté du mal sans le voir. Recueillons donc avec plaisir les notions cliniques nouvelles que suggèrent des praticiens instruits et perspicaces et empressons-nous d'en faire notre profit. D'après la *Gazette de Liége*, le docteur *Pins*, de Vienne, a décrit dans la péricardite, un nouveau symptôme facile à retrouver par la méthode qu'il indique.

Si l'on percute assis un malade atteint de péricardite avec épanchement, on trouve une matité absolue ou « relative depuis l'angle de l'omoplate jusqu'à la ligne axillaire ». A l'auscultation, on perçoit au même niveau un souffle bronchique très aigu ayant le timbre de la voyelle E, un renforcement du frémissement vibratoire et dans le centre de la matité de la bronchophonie ; il n'y a, malgré cela, ni râles, ni frottements.

Si l'on fait pencher le malade soit en avant soit sur le côté gauche, soit principalement sur le ventre, on trouve au bout de quelques minu

tes un son clair et plein là où existait de la matité absolue, en même temps que le souffle bronchique a presque disparu.

MM. Perret et Devie, de Lyon, ont noté des signes pleuro-pulmonaires analogues, quoiqu'en réalité le péricarde fût seul atteint. Ils ont constaté à la base du poumon gauche une matité ou une submatité assez étendue, accompagnée de souffle, de bronchophonie sans râles. Ces divers signes ne répondent pas à un épanchement pleurétique, mais sont dus à la compression du poumon et de la bronche gauche par le sac péricardique distendu. Pour le faire disparaître, en effet, il suffit de faire mettre le sujet dans une position telle que le poumon ne soit plus comprimé.

La compression est surtout facile chez l'enfant dont le thorax est tout petit, eu égard au volume du cœur. Aussi devra-t-on plus particulièrement rechercher chez lui l'existence d'une lésion du péricarde, dès qu'on perçoit les signes d'une pleurésie gauche.

Solubilisation de la créosote dans l'eau

Le Scalpel nous indique un moyen fort simple et en même temps très pratique de faire dissoudre la créosote dans l'eau. Pour donner la créosote en lavement, on était obligé, jusqu'à présent, de la dissoudre dans une huile, puis d'émulsionner ce mélange avec un jaune d'œuf.

Préparation longue, ne se conservant pas et retardant l'absorption intestinale du médicament par suite de la présence des corps gras.

Carles arrive à la rendre parfaitement soluble au moyen de teinture de *quillaya saponaria*.

On peut prescrire pour : 5 grammes de créosote de hêtre, 30 grammes d'eau distillée, et 40 grammes de teinture de quillaya (préparée à chaud avec 200 gr d'écorce pour 1000 d'alcool à 90°).

Cette préparation contiendra par cuillerée à soupe, un gramme de créosote et se dissolvera en toute proportion dans l'eau tiède.

C'est la saponine contenue dans le *quillaya* qui dissout la créosote, car il s'agit bien ici, paraît-il, d'une dissolution et non d'une émulsion.

Un avantage encore de cette préparation, c'est que l'odeur aussi désagréable que tenace de la créosote disparaît promptement après lavage des ustensiles qui l'ont contenue ainsi préparée.

PATHOLOGIE MÉDICALE

Nos connaissances actuelles sur la coqueluche.

S'il est une maladie banale et vulgaire, c'est certes bien la coqueluche ! Et cependant que de tâtonnements, que d'aveux d'impuissance, que de découragements ne réserve-t-elle pas au plus habile clinicien ? Le diagnostic n'en est généralement pas malaisé et point n'est besoin du médecin pour en constater l'exactitude, la plupart du temps du moins, et la simple audition d'une quinte de toux accompagnée des *reprises* caractéristiques, des inspirations bruyantes rappelant le cri des poules, suffit pour faire reconnaître la maladie au plus ignorant de nos clients. Ce ne sera donc généralement pas pour nous faire poser le diagnostic que l'on viendra nous consulter. Ce que l'on nous demande, c'est un remède efficace, qui supprime rapidement, sinon brusquement, ces horribles secousses de toux qui déchirent le pauvre malade et l'abattent au suprême degré, quand elles ne lui amènent pas quelque hernie, quelqu'hémorrhagie, quelque rupture musculaire ou tout au moins de l'emphysème pulmonaire et de la dilatation du cœur. Hélas ! que pouvons-nous faire, en bonne conscience, pour abréger seulement la durée de la maladie ? Les médicaments abondent et les charlatans pullulent avec leurs remèdes infaillibles, comme toujours en pareil cas : le médecin consciencieux et prudent ne peut répondre que ceci : « La maladie ne durera pas moins de six semaines ; nous ne pouvons qu'essayer de diminuer l'intensité des quintes, éviter quelques complications et traiter les autres au fur et à mesure de leur apparition. » Cela n'est pas consolant à constater à une époque où la médecine passe pour avoir réalisé tant de progrès. Devons-nous nous décourager ? Non, certes ; au contraire, il nous faut examiner et expérimenter sans relâche ; la patience et la science doivent toujours s'unir pour arriver à un but difficile à atteindre. Nous allons aujourd'hui, jeter un coup d'œil sur les travaux les plus récents et chercher dans les innombrables traitements qui ont été préconisés, les plus efficaces et en même temps les plus conformes aux données précises de l'étiologie.

I

Etiologie.

La coqueluche est notoirement depuis des siècles une maladie contagieuse et infectieuse. Laënnec et Stoll en doutaient; mais il y en avait bien peu qui partageaient leur opinion. De nos jours, plus encore qu'autrefois, tout le monde est convaincu de la nature contagieuse microbienne de la maladie. Le microbe est contenu dans les expectorations et c'est par les crachats seuls que se fait la contagion. Mais quel est exactement le microbe? Afanassieff a cru l'avoir réellement découvert ; mais J. Ritter, de Berlin, en a trouvé un autre paraissant posséder les véritables propriétés pathogènes. Il nous importe peu. M. *Richardière*, dans sa monographie sur la coqueluche, insiste sur les conditions adjuvantes qui constituent la prédisposition ou qui confèrent l'immunité.

« Parmi les conditions prédisposantes, il faut mettre en première ligne l'*âge des individus*. La coqueluche est surtout et presque exclusivement une maladie de l'enfance. Cependant, aucun âge n'est à l'abri de la maladie, et souvent l'apparente immunité de l'âge adulte ne tient qu'à une atteinte antérieure. La vieillesse n'empêche pas le développement de la coqueluche. Un fait récent cité par Hale White concerne une femme de 80 ans.

« L'enfance est frappée par la coqueluche avec une extrême fréquence, et cela, à toutes ses périodes. D'après René Blache, les cas les plus nombreux seraient observés dans le cours de la troisième année. En pareille matière, les chiffres n'ont qu'une valeur relative. Si les cas de contagion sont peu nombreux dans les premiers

mois de la vie et très fréquents à partir de la deuxième et de la troisième année, la cause en est seulement dans les rapports de plus en plus fréquents des enfants avec les autres enfants de leur âge.

« Les enfants nouveau-nés ne sont pas indemnes. Si un enfant naît dans un milieu où règne la coqueluche, il est ordinaire de le voir contracter la maladie. Bouchut a vu un nouveau-né qui fut contaminé deux jours après sa naissance et eut des quintes de coqueluche dès le dixième jour.

« La coqueluche congénitale, se manifestant par des quintes caractéristiques dès la naissance de l'enfant issu d'une mère atteinte de coqueluche, a été observée par Rilliet et Barthez. Ces auteurs ont vu un nouveau-né présenter des quintes très violentes qui apparurent le jour même de la naissance. La mère de cet enfant était atteinte de coqueluche depuis un mois au moment de ses couches. »

Les saisons, le sexe, la race, les climats n'ont *aucune* influence sur la production d'une épidémie de coqueluche.

Quant à l'immunité, elle est généralement conférée par une première atteinte ; les récidives sont absolument rares, puisqu'on en connaît à peine une dizaine de cas (Roger, West, Trousseau, Le Gendre).

Quelques-uns ont une immunité individuelle naturelle, sans coqueluche antérieure ; mais ce sont des exceptions, surtout chez les enfants.

La contagiosité est extrême d'ailleurs ; le contact peut n'avoir été que de quelques minutes, surtout si le malade a eu précisément une quinte à ce moment, cela est suffisant pour que l'infection d'un sujet sain ait lieu. Nous l'avons dit et nous le répétons : c'est l'air expiré pendant la quinte, c'est le crachat du coquelucheux qui est contagieux.

Les crachats des coquelucheux doivent donc *être tenus pour dangereux et soigneusement désinfectés*.

« Le germe de la coqueluche contenu dans l'expectoration et chassé par l'air expiré peut s'attacher aux vêtements des personnes qui ont été en contact avec les coquelucheux, aux vêtements des médecins en particulier. Il peut être ainsi transporté à distance. Dans un fait, emprunté à H. Roger, un enfant atteint de fièvre typhoïde et, par conséquent, gardé à la chambre, eut, au bout de plusieurs semaines, une coqueluche qui lui fut apportée par son médecin, qui soignait en même temps des malades atteints de coqueluche. A plus forte raison, les appartements dans lesquels ont séjourné des coquelucheux doivent être interdits aux enfants en bonne santé

« La contagiosité de la coqueluche varie aux différentes périodes de la maladie. Elle est nulle ou à peine marquée à la première période. Elle a son maximum d'intensité pendant la deuxième période, au moment des quintes. Est-elle encore contagieuse à la troisième période ? Pour certains auteurs, pour Hoensler en particulier, ce serait à cette période qu'elle aurait son maximum de virulence. Cette opinion n'est généralement pas admise. On admet qu'une fois les quintes disparues, la contagiosité de la coqueluche n'est plus à redouter dans la majorité des cas. »

La coqueluche peut cependant être encore contagieuse à la troisième période. Bien des faits le démontrent péremptoirement.

De ces données étiologiques découlent déjà d'importants principes de prophylaxie. 1° *Ne jamais laisser un coquelucheux cracher dans un mouchoir, ni sur le sol* ; mais exiger que ses expectorations soient recueillies dans un vase contenant de l'eau phéniquée au 20e ou du permanganate de potasse au 1/100e ; ou encore le faire cracher ou vomir dans la sciure de bois imprégnée de lysol, que l'on jettera ensuite au feu. 2° Isoler le coquelucheux dans une pièce à part, avec des jouets sacrifiés, des vêtements spéciaux. Tant que le malade a des quintes, il est contagieux et ne doit pas jouer, ni même sortir avec les autres enfants. Une semaine environ après la disparition complète des quintes et des expectorations, on brûlera ses jouets, on désinfectera ses vêtements et sa chambre, puis il reprendra la vie commune. En général, *tous les endroits où il a eu une quinte au moins, tous les objets sur lesquels il aura craché ou toussé*, seront considérés comme infectés et susceptibles de contagionner des sujets sains, et devront être désinfectés.

Voilà les principes dans toute leur rigueur ; à ce prix seul, on fera de la prophylaxie efficace.

II

Diagnostic.

Quoique généralement le diagnostic soit extrêmement simple, à condition d'entendre tousser le malade, il est quelques petits points sur lesquels nous voulons insister : les livres classiques sont trop absolus, croyons-nous, en ce qui concerne les signes pathognomoniques de la coqueluche et bien des erreurs de diagnostic préjudiciables à tous, sont dues à ces notions fausses ou tout au moins incomplètes.

Peut-on reconnaître la coqueluche au début, avant l'apparition des quintes caractéristiques ? Nous croyons que cela est possible dans bon nombre de cas. Pendant les quelques jours qui précèdent l'apparition des quintes, les malades sont considérés comme enrhumés ; mais ils ont un rhume spécial : les yeux larmoient à chaque secousse de toux, les conjonctives deviennent rouges et sensibles à l'action de la lumière (photophobie) ; la pituitaire est aussi congestionnée et donne lieu à un écoulement muqueux abondant, enfin la toux est souvent laryngienne, rauque ou férine et s'accompagne de quelques nausées. En somme, ces prodromes ressemblent presque complètement à ceux de la rougeole ; seulement il y a généralement plus de photophobie et moins de congestion de muqueuses pharyngo-nasales que dans la rougeole.

A la période d'état, deux signes sont donnés comme pathognomoniques en clinique : ce sont les quintes de toux avec reprise et l'ulcération du frein de la langue.

Nous y ajouterons la bouffissure du visage, et les vomissements à la suite de chaque quinte. Bien plus, nous soutenons qu'il y a des coquelucheux qui ont des *quintes sans reprise inspiratoire*, sans le chant caractéristique. Sur 100 coquelucheux il y en a en moyenne une demi-douzaine, qui ont des quintes de ce genre. Comment alors affirmer le dignostic ? Certes l'embarras est grand, puisque du diagnostic dépend l'i-

solement rigoureux. — Il est possible cependant, et c'est précisément la périodicité des secousses de toux, l'expectoration ou les vomissements qui les accompagnent, auxquels nous nous en rapportons pour nous prononcer. Aucun doute n'est permis, quand il y a de la bouffissure de la face et l'ulcération du frein ; mais même en l'absence de ces signes, qui manquent parfois, nous n'hésitons pas à poser le diagnostic de coqueluche, et malheureusement des faits de contagion viennent prouver que nous ne nous sommes pas trompé.

L'ulcération du frein surtout manque au moins dans la moitié des cas ; mais quand on la constate chez un enfant prétendu enrhumé, on peut poser sûrement le diagnostic de coqueluche.

Nous ne parlerons que pour mémoire de la toux coqueluchoïde des adénopathies trachéo-bronchiques, qui se reconnaissent à d'autres signes, particulièrement à la chronicité et à l'absence de phénomènes aigus, à la concomitance d'autres adénopathies tuberculeuses, enfin à l'absence de vomissements.

Dans l'influenza, on observe quelquefois aussi des toux quinteuses coqueluchoïdes ; mais la marche générale de la maladie et le peu de durée de ces quintes suffisent pour permettre de faire le diagnostic au moins au bout de quelques jours.

III

Traitement.

Nous abordons vraiment la question difficile et la partie la plus importante de ce chapitre de pathologie. Nous n'allons pas faire ici l'énumération aride et sans profit de tous les traitements préconisés contre la coqueluche ; le journal ne suffirait pas à la contenir et personne ne serait plus avancé. Il nous faut faire de l'éclectisme et chercher un peu partout la quintessence du meilleur.

M. le Dr *Comby* a, dans une récente revue de la *Gazette des Hôpitaux* (1) exposé très magistralement la véritable ligne de conduite que tout praticien doit s'imposer dans la thérapeutique de la coqueluche :

1° Si le cas est léger, bénin, si les quintes sont rares et courtes, si le catarrhe bronchique est nul ou insignifiant, s'il n'y a pas de fièvre, si l'appétit est conservé, si l'on est en présence de la forme que Roger appelait *coqueluchette*, il n'y a pas de traitement pharmaceutique à instituer, l'hygiène suffit, ou à peu près.

On surveillera l'enfant, on l'empêchera de sortir par les temps froids, on lui fera porter des vêtements chauds, on lui donnera des boissons chaudes, des tisanes de violettes, de capillaire, de fleurs pectorales, édulcorées avec le sirop de tolu.

On pourra prescrire une des potions suivantes, conseillées par H. Roger :

1° Infusé de mauve........... 60 grammes.
Sirop d'althœa............. 30 —
Sirop de thridace.......... 10 —

2° Solution de gomme......... 60 grammes.
Sirop de capillaire......... 30 —
Eau de laurier cerise...... 1 gramme.

(1) *Gaz. des Hôp.* 1883, n° 44.

Par cuillerée à dessert de deux en deux heures.

2° Si le cas est de moyenne intensité, avec quintes fortes, catarrhe bronchique, on commencera par un vomitif (ipéca) qu'on répétera, si besoin est, tous les huit jours, quand l'enfant le supportera bien : on le prescrira au-dessous d'un an, à la dose de 25 centigrammes ; entre un et trois ans, à la dose de 50 centigrammes ; au-dessus de trois ans, à la dose de 75 centigrammes et un gramme :

Poudre d'ipéca... 25 à 50 centigrammes.
Sirop d'ipéca...... 30 grammes.

Par cuillerées à café de cinq en cinq minutes jusqu'à effet vomitif.

La belladone est certainement le meilleur calmant à donner dans les cas moyens, sous forme de potion ou en sirop :

Teinture de belladone. }
Alcoolature de racines d'aconit............ } *āā* 5 grammes.
x gouttes matin et soir (J. Simon).

Teinture de belladone }
— d'aconit..... } *āā* 2 grammes.
— de drosera... }
— de myrrhe...... 10 —
x gouttes après chaque quinte dans un peu de lait (Monin).

Teinture de belladone. }
— de grindelia robusta.......... } *āā* 5 grammes.
x gouttes matin et soir dans un peu de lait.

Teinture de belladone... 1 gramme.
— de drosera...... 2 grammes.
Sirop de codéine........ 10 —
Eau de tilleul.......... 100 —

Deux à quatre cuillerées à dessert par jour.

H. Roger associait volontiers la belladone à la digitale :

Sirop de belladone....... 50 grammes.
— de valériane...... }
— de digitale........ } *āā* 25 —

Une à six cuillerées à café par jour, suivant l'âge.

S'il y a de l'insomnie, on donnera le chloral (10 à 20 centigrammes), le sirop de codéine (5 à 10 grammes), et, dans la seconde enfance, le sirop de morphine (1 à 5 grammes).

La fréquence du pouls indiquera l'usage de la digitale (sirop 4 à 10 gr., teinture IV à X gouttes). H. Roger associait parfois la digitale à l'atropine.

Sirop de digitale......... 50 gr.
Valérianate d'atropine... 2 milligr.
2 à 15 gr. par jour.

Contre la fièvre, on donne l'*antipyrine* à la dose de 0,25 à 0,50 centigrammes en sirop aromatisé avec l'essence de menthe.

3° Si la coqueluche est très intense, si les quintes sont très violentes et très nombreuses, et si la belladone est impuissante, même à doses élevées, on essaiera l'antipyrine (10 cen-

tigrammes par année d'âge), l'oxymel scillitique, le chloroforme (10 à 40 gr. du sirop, VI à XXX gouttes de chloroforme). On entretiendra des vapeurs médicamenteuses dans la chambre de l'enfant (eau boriquée, phéniquée, thymolée).

Les insufflations nasales de poudre seront toujours essayées à cause de leur innocuité ;

Moizard préconise le mélange suivant, à faire priser, ou à insuffler dans les narines :

Benjoin pulvérisé....	āā	5 grammes.
Salicylate de bismuth		
Sulfate de quinine........		1 gramme.

Marfan conseille de mettre dans chaque narine, trois ou quatre fois par jour, après avoir mouché l'enfant, gros comme un pois de la pommade suivante :

Acide borique......	6 grammes.
Menthol...........	5 centigrammes.
Vaseline...........	30 grammes.

On ne croit plus aujourd'hui à l'efficacité des inhalations de l'air des usines à gaz. Mais les inhalations d'oxygène ont un avantage incontestable, surtout dans les cas de vomissements fréquents ; il en est de même des bains d'air comprimé.

Si l'enfant ne peut garder aucun aliment par suite de la fréquence des vomissements, il faut insister sur l'usage du café et prescrire de faire manger l'enfant aussitôt après une quinte, quelle que soit l'heure. La digestion peut quelquefois être complète entre deux quintes, surtout si l'on donne des aliments facilement digestibles, lait, œufs, viande rôtie, crèmes, poudre de viande à la vanille, jus de viande, extrait, etc.

S'il y a une agitation excessive, on donnera des bains tièdes prolongés.

Dans les formes très graves, l'enfant gardera le lit, dans une chambre chaude, mais largement aérée.

Si tous les médicaments échouent, si l'enfant dépérit, perd l'appétit, les forces, on aura recours au changement d'air, qui seul, parfois, permet d'espérer la guérison.

Pour être utile, le changement d'air doit être appliqué de préférence quatre semaines au moins après le début de la coqueluche. Le déplacement n'a pas toujours besoin d'être très considérable, et si un voyage à 30 ou 40 lieues est préférable, il suffit souvent d'un déplacement insignifiant, comme celui de Paris à Saint-Germain ou à Fontainebleau pour obtenir un résultat surprenant.

Nous ne pouvons terminer cette étude du traitement de la coqueluche, sans parler de la méthode que M. Moncorvo, de Rio-de-Janeiro, prétend si merveilleuse. Nous ne voulons porter aucun jugement sur cette méthode ; mais nous la croyons digne d'être essayée dans les cas graves comme dans les cas moyens.

Laissons la parole à M. Moncorvo :

« I.— Je fais d'abord préparer une solution de *résorcine chimiquement pure* dans l'eau stérilisée par le filtre Chamberland ou par l'ébullition dans la proportion de 10 p. °/₀.

Au commencement de mes recherches thérapeutiques j'ai eu recours à une solution beaucoup plus faible à 1 p. 100 ; plus tard, plus sûr de la tolérance du médicament, j'élevai la proportion à 4 p. 100, et, enfin, à partir de 1880, je suis arrivé à celle de 10 p. 100, qui me procure des résultats plus prompts et plus sûrs.

II. — J'adopte pour les badigeonnages périglottiques un pinceau assez épais de cheveux très fins monté sur une longue hampe au fil de fer assez flexible pour qu'on puisse lui faire prendre la courbure proportionnelle aux conditions particulières de chaque cas ou mieux à l'âge de chaque petit patient.

III. — Je fais placer à côté un grand vase rempli d'eau bouillie ou stérilisée par le filtre Chamberland dans laquelle je fais laver soigneusement le pinceau enlevé de la cavité buccale avant de le faire pénétrer de nouveau au fond de la gorge.

Les choses ainsi disposées, je place l'enfant assis sur les genoux de sa mère ou de sa bonne, le tronc un peu incliné sur la poitrine de celle-ci ; si le petit malade est tout petit, l'opération devient extrêmement facile, car il ne peut offrir qu'une insignifiante résistance à l'opérateur ; si, au contraire, il s'agit d'un enfant déjà grand et indocile, on a *parfois* besoin de faire tenir par une autre personne ses deux mains pour le rendre incapable de résister.

Je fais *pendant la journée* une séance de 2 en 2 heures ou de 3 en 3 heures, d'après la gravité des cas. Chaque séance comprend de 4 à 6 attouchements périglottiques avec la solution résorcinique.

Tout le monde peut arriver assez facilement à apprendre le manuel opératoire et les parents ou les amis peuvent l'appliquer sans la présence du médecin.

Quand il s'agit d'une hypercoqueluche avec excitabilité exagérée de la muqueuse laryngée, je fais précéder les premiers badigeonnages résorciniques, d'un attouchement à la cocaïne (solution de 10 à 5 %).

J'affirme que je n'ai eu à regretter jusqu'à présent le moindre accident sur plusieurs centaines d'enfants soumis à ce moyen. Ces attouchements cocaïniques, je les pratique, en général, *deux fois* par jour, vers le matin au moment de se lever et le soir avant de se coucher. »

En ce qui concerne *l'hygiène* des coquelucheux, nous avons peu de chose à ajouter à ce que nous avons dit déjà, si ce n'est à propos des promenades et des sorties.

Archambault et Guéneau de Mussy étaient trop rigoureux à cet égard ; ils interdisaient toute sortie, pendant l'hiver.

M. Cadet de Gassicourt, tout en reconnaissant la nécessité d'éviter le refroidissement, dit qu'il faut se garder de rendre les digestions plus difficiles et d'aggraver l'anémie par la séquestration. Déjà les enfants, sujets à vomir à la suite des quintes, s'alimentent mal ; ce n'est pas impunément, qu'on les privera du grand air et du soleil.

Dans cette question des sorties et des promenades, il faut tenir compte à la fois de l'âge de l'enfant, de l'intensité de sa maladie, de la température extérieure. On sera très prudent à l'égard des enfants en bas âge (au-dessous de deux ans), et on ne les sortira que par le beau temps.

De même, si la coqueluche est violente, fébrile, accompagnée de bronchite. Au contraire, si l'enfant est vigoureux, sans fièvre notable, si le temps est favorable, on n'hésitera pas à le faire sortir tous les jours.

La promenade ne devra jamais être poussée jusqu'à la fatigue ; la course, les jeux violents, seront interdits. La seule fatigue qui résulte d'une promenade trop longue peut se traduire par un redoublement des quintes. M. Comby a vu deux petits enfants, à la fin d'une coqueluche qui ne présentait plus que des quintes rares et atténuées, être repris tous les deux de quintes violentes avec vomissements, le soir d'une promenade d'une durée inusitée.

— Nous ne parlerons pas spécialement du traitement des complications pulmonaires, car il ne comporte rien de spécial; c'est le traitement de la bronchopneumonie en général, que nous avons déjà exposé l'année dernière dans le *Concours* (n° 52).

Pour prévenir la *chute du rectum*, assez commune dans la coqueluche, on fera la compression manuelle au moment des quintes ou on appliquera à l'enfant un bandage spécial.

S'il se produit ou s'il existait déjà une *hernie inguinale* ou *ombilicale*, on fera porter des bandages appropriés.

L'*ulcération sublinguale*, si commune dans la coqueluche, peut se creuser, s'étendre, se recouvrir d'un exsudat diphtéroïde, s'accompagner d'une stomatite plus ou moins vive. Dans ce cas, on sera obligé de la toucher, soit avec le crayon de nitrate d'argent mitigé, soit avec un pinceau trempé dans le collutoire suivant :

Borax............	2	grammes
Miel rosat........	10	—

Le chlorate de potasse pourra être substitué ou ajouté au borax.

Si, par suite de la violence des quintes, il survient de l'*emphysème sous-cutané*, on peut soulager le malade en faisant des frictions et des ponctions avec un trocart capillaire.

Si l'enfant, dans une crise spasmodique, tombe en syncope, on le flagelle avec un linge mouillé d'eau froide, on excite la pituitaire avec les barbes d'une plume, on exerce des tractions rythmiques sur la langue, on le plonge dans un bain sinapisé, on fait la respiration artificielle, on électrise le diaphragme.

S'il y a des *convulsions* avec fièvre, on plonge l'enfant dans un bain frais ou tiède (25 à 30 degrés).

S'il y a de l'agitation, sans convulsions, les bains tièdes prolongés (32-34 degrés) sont très efficaces.

Contre les hémorrhagies nasales répétées ou abondantes, on fera des irrigations avec de l'eau très chaude (Trousseau), ou bien on insufflera dans les narines des poudres astringentes : tannin, alun, ratanhia. On mettra des sinapismes aux mollets ou bien on donnera des bains de pieds sinapisés.

Les hémorrhagies conjonctivales n'exigent aucun traitement (Comby).

La convalescence est généralement assez longue et le moindre rhume donne lieu à une réapparition passagère des quintes. Les toniques, le quinquina, le sirop d'iodure de fer, l'arséniate de soude sont indispensables et rétablissent assez promptement le malade, surtout si, en même temps, il peut aller à la campagne.

Dr Paul HUGUENIN.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'Indemnité-maladie

Le projet, restreint évidemment et tout expérimental, que j'ai soumis au Syndicat médical du Loiret et qui sera discuté dans sa prochaine Assemblée générale, m'a valu quelques objections d'un confrère que préoccupe vivement la question indemnité maladie.

Pourquoi, me dit-il, ne garantissez-vous pas absolument l'indemnité de dix francs par jour, quitte à élever le chiffre de la cotisation annuelle? Dans votre combinaison, en effet, le participant pourra voir l'indemnité qui lui sera due en fin d'année, réduite d'une fraction plus ou moins grande selon que ses co-participants auront été, eux aussi, plus ou moins arrêtés.

Pourquoi encore votre cotisation est-elle la même, quel que soit l'âge d'entrée ? Les vieux sont ainsi favorisés aux dépens des jeunes, ce qui amènera forcément deux résultats : les jeunes ne participeront pas et les vieux mettront bien vite la caisse à sec.

Ces deux objections sont des plus sérieuses, et je répondrai tout d'abord à mon correspondant que je les avais moi-même formulées, lorsque la question d'une organisation plus vaste a été discutée.

J'avais proposé une table proportionnelle réglant le quantum de la cotisation d'après le nombre des années de survie, d'une part, et, d'autre part, d'après la morbidité aux divers âges.

C'est ainsi, que j'avais trouvé que la cotisation, représentée à l'âge de 25 ans, par l'unité, devait être à 30 ans de 1,10
à 50 ans de 1,60
à 58 ans de 2 »

Je n'ai certainement pas changé d'opinion sur ce point et si, comme il est probable, le *Concours médical* s'efforce de mener à bien cette organisation d'une caisse indemnité-maladie, je compte bien présenter mes calculs et les faire soumettre à une discussion sérieuse.

Mais, au sein du Syndicat médical du Loiret, il s'agit simplement, je l'ai dit, d'une expérience, et cette expérience sera faite entre confrères qui se connaissent tous — entre amis pourrais-je dire — les conditions sont donc différentes.

Il importe peu alors de rechercher si le confrère X... sera plus favorisé que le confrère Y..., il suffit de savoir si la création de l'œuvre indemnité-maladie répond à un besoin véritable, si son fonctionnement régulier est possible. Il importe aussi de savoir ce que permettra de faire une cotisation que son chiffre modeste rend accessible à tous.

Et c'est pour cette raison précisément que la possibilité de l'abaissement du taux de l'indemnité journalière a été prévu.

D'ailleurs, on peut se demander comment il se-

rait possible, alors qu'il s'agit d'une organisation nouvelle et que l'on commence sans avoir derrière soi une réserve importante, de faire autrement.

Il faut de toute nécessité rendre variable l'indemnité journalière ou la cotisation. Or à la forme d'association mutuelle qui ferait chaque année, selon les circonstances, varier la cotisation des partieipants, je préfère le système de la cotisation fixe, estimant que le nouvel adhérent aimera mieux connaître la limite exacte de ses engagements pécuniaires.

L'avenir, je le répète, montrera ce que la cotisation de 50 francs permet de faire, et c'est sur un résultat acquis que nous pourrons nous appuyer lorsque nous aurons à examiner les propositions d'organisation plus vaste qui nous seront soumises.

Dr A. Gassot.

BULLETIN DES SYNDICATS

La mort frappe à coups redoublés parmi les membres du Concours. Nous sommes obligés de nous borner à signaler les noms des victimes de la loi fatale. Mais nous devons, dans le *Bulletin des Syndicats*, rendre un spécial hommage au Dr Cambassedès, du Vigan, secrétaire du Syndicat des *Basses-Cévennes*, qui succombait à 49 ans, le même jour que son père, instituteur du plus grand mérite.

M. le Dr *Mazel* (d'Anduze) a rendu à notre regretté confrère le suprême hommage au nom du Syndicat qu'il préside et dont M. Cambassedès était l'âme et l'un des fondateurs.

A ce tribut se sont joints ceux de la démocratie viganaise, dont Cambassedès fut un des plus fermes soutiens.

Association syndicale des médecins de la Loire-Inférieure.

Seance mensuelle du 24 *février* 1893.

Présents : MM. Luneau, Président, Bécigneul, secrétaire, Porson, Moussier, Patoureau, Blaizot, Cailleteau, Grimaud, Perrion, Saquet, Vince, Fink, Guyon, Huet, Joüon, Crimail, Polo, Lacambre, Dorain, Paillard.

M. Porson, président sortant, félicite l'Association de l'heureux choix qu'elle a fait en appelant M. Luneau à lui succéder et installe celui-ci dans le fauteuil de la présidence.

M. le Président Luneau, dans une éloquente allocution, remercie ses collègues de l'honneur qu'ils lui ont fait en le choisissant pour leur président. C'est une charge très lourde, étant donné l'importance que la nouvelle loi sur la médecine accorde aux syndicats en leur reconnaissant une existence légale. Ce n'est pas non plus un mince labeur que de maintenir intacte la haute réputation que notre syndicat de la Loire-Inférieure s'est acquise, réputation dont il est redevable à la direction qu'ont su lui donner jusqu'à ce jour ses présidents successifs.

M. Bourrigaud (de Moisdon-la-Rivière) est nommé membre du Syndicat à la majorité des membres présents.

Ordre de sortie des Syndics.

Suivant la décision prise dans la dernière assemblée de renouveler les syndics tous les ans par tiers, on propose pour en organiser dès maintenant le roulement annuel, de tirer au sort les noms des syndics constituant un premier tiers et dont le mandat expirera à la fin de la présente année, et les noms de ceux constituant le deuxième tiers dont le mandat se terminera dans deux ans.

Voici les résultats des scrutins : nommés pour un an, MM. Teillais, Bachelot, Cailleteau ; pour deux ans, MM. Grimaud, Joüon (Léon), Chantereau, Huet. MM. Attimont, Porson, Paillard, Leroy sont donc nommés syndics pour trois ans.

Situation militaire des étudiants.

Le Syndicat se propose d'améliorer la situation militaire des étudiants. Après délibération, on décide de nommer une commission de six membres chargée d'étudier la question. On choisit pour en faire partie cinq membres du Syndicat : MM. Luneau, président, Grimaud, Bellouard, Boiffin, Bécigneul, auxquels on adjoindra un interne des hôpitaux désigné par ses collègues.

Bulletin

Le mode de publication actuel du Bulletin des séances paraît trop dispendieux ; d'un autre côté, on ne peut se dispenser de tenir au courant des travaux du Syndicat ceux de ses membres qui ne peuvent assister aux réunions. Il existe bien divers journaux qui publient nos comptes rendus, mais d'une façon irrégulière et incomplète. Il serait donc à désirer que le Syndicat de la Loire-Inférieure eût un organe spécial, bien à lui, paraissant régulièrement, tous les trimestres par exemple, et qui pourrait peut-être couvrir ses frais en acceptant des réclames payantes des droguistes et des pharmaciens à l'instar du Bulletin du Syndicat de la Seine.

M. le Secrétaire général Trésorier est chargé d'étudier cette question.

Sociétés de secours mutuels.

M. le Président annonce que notre Syndicat est affilié à la Ligue de la Prévoyance et de la Mutualité. Désormais, il sera donc possible d'envoyer des délégués aux congrès de cette Ligue, pour répondre aux attaques et aux accusations comme celles auxquelles le Syndicat de la Loire-Inférieure s'est déjà trouvé en butte ; mais surtout pour dissiper les malentendus.

M. Paillard, syndic chargé de nos rapports avec les Sociétés de secours mutuels, annonce qu'il a reçu une délégation de la *Société des Corporations diverses*. Celle-ci s'est plainte de ce qu'un de nos confrères du Syndicat a refusé d'aller soigner à Pont-Rousseau un des membres de cette Société. A l'appui de cette réclamation, les délégués ont produit un compromis en date du 7 février 1892, signé de l'un de nos syndics, par lequel les médecins syndiqués s'engageaient à donner leur soins aux malades de la

Société des Corporations diverses qui habitent en dehors de l'octroi, moyennant le versement annuel de 13 fr. 50 par famille de sociétaire. Mais on fait remarquer à M. Paillard que le compromis qu'on lui a présenté est dénué de valeur, sa durée ne pouvant dépasser une année, et qu'il y est, d'autre part, spécifié que l'article, dont les délégués se réclament, ne s'applique qu'aux sociétaires habitant, il est vrai, hors de l'octroi, mais dans le périmètre du boulevard de Ceinture.

Le Syndicat, constatant que nos rapports avec les Sociétés de secours mutuels deviennent de plus en plus difficiles, décide de nommer une commission de trois membres chargée de régler provisoirement les différends qui pourront encore survenir. On adjoint à M. Paillard MM. Jouon (Léon) et Dorain.

La séance est levée.

Le Secrétaire des séances,
Dr J.-D. BÉCIGNEUL.

Syndicat médical de Pont-l'Evêque.

18 *décembre* 1892.

Présents : MM. Prevost, *Président*, Massart, *secrétaire*, Durel, Gilbert, Lainé, Legoupil, Leneveu, Marais, Morin, Rachet, Waill.
Excusés : MM. Calvet, Hélie, Lamare, Pascaut.

Questions intérieures.

Un membre demande s'il ne vaudrait pas mieux avoir des dates fixes pour les réunions, comme le Syndicat de Caen vient de le décider. L'assemblée rejette cette proposition et laisse le soin de convoquer à l'initiative du bureau.

Il est décidé que tout membre désirant voir mettre à l'étude telle ou telle question, devra en avertir le bureau. Le bureau indiquera les questions sur les lettres de convocation, de façon à ce que tous les membres du Syndicat puissent être prêts pour la discussion quand elle se présentera.

L'assemblée décide que le taux des cotisations est fixé à dix francs.

Adhésion à l'Union.

Il est décidé que le Syndicat de Pont-l'Evêque s'affiliera à l'*Union des Syndicats*. Le bureau fera le nécessaire.

Remplacements entre médecins.

Les règles concernant les remplacements entre confrères, exerçant dans la même région sont adoptées comme suit :

A. — En cas de maladie, le remplacement est gratuit pour une durée de vingt jours environ.
Au delà, il y a lieu à une entente spéciale entre le confrère remplacé et le ou les remplaçants.
B. — En cas d'absence, il y a lieu de distinguer plusieurs cas :
1° Si l'absence est momentanée et motivée par des occupations professionnelles ; le confrère appelé à suppléer le médecin habituel doit se contenter de donner les soins d'urgence ; il en touche le prix;
2° L'absence a une durée déterminée : Un confrère s'absente pour une certaine période de temps : dans ce cas, il prie un ou plusieurs de ses confrères de le suppléer. Celui-ci ou ceux qui ont accepté, doivent le faire à titre gratuit ; sauf pour les honoraires payés comptant, qu'il est généralement d'usage de conserver.
Cette règle, toutefois, n'est pas absolue et peut faire l'objet de conventions spéciales.
Les confrères non prévenus et par conséquent censés ignorer l'absence, touchent les honoraires qui leur sont dûs, quand ils sont appelés dans la clientèle du médecin absent ;
3° L'absence est motivée par une cause professionnelle d'intérêt général (réunions d'association, Sociétés scientifiques, Syndicats, délégations, etc.). Dans ce cas, c'est un devoir strict pour tous de remplacer le confrère qui sacrifie ses intérêts particuliers à l'intérêt général.
A six heures la séance est levée.

BUREAU :

Président : Dr Prévost, *de Pont-l'Evêque* ;
Vice-président : Dr Leneveu, *de Trouville* ;
Secrétaire : Dr Massart, *de Honfleur* ;
Assesseurs : Dr Gilbert, *de Dozulé*; Dr Waill, *de Beuzeval*.

MEMBRES :

MM. Prévost, Hélie, Lecornu, à *Pont l'Evêque* ; Durel, Lamare, Marais, Massart, Rachet, à *Honfleur* ; Boulai, Legoupil, Leneveu, Couturier, à *Trouville* ; Gilbert, Richer, à *Dozulé* ; Morin, à *Beaumont-en-Auge* ; Laisné, à *Touques* ; Calvet, à *Villers* ; Waill, à *Beuzeval* ; Pascaut, à *Villerville* ; Lesage, à *Bonneboscq* ; Lechevalier, à *Dives*.

REPORTAGE MÉDICAL

Encore un membre du Concours élu député : M. le Dr *Chantelaurre*, de la Chaise-Dieu (Haute-Loire). Nous lui adressons nos félicitations et nous espérons que, réélu, dans six mois, il nous prêtera son appui, comme ses collègues, membres de notre Société.

— L'inauguration de la statue de Théophraste Renaudot aura lieu, rue de Lutèce, le dimanche 4 juin : M. *Cadet de Gassicourt* prononcera un discours au nom du Syndicat de la presse médicale.

— Epidémie cholérique : Médailles d'or à MM. Dubousquet-Laborderie (de St-Ouen) et de Grissac (d'Argenteuil), membres du Concours médical.

— *L'œuvre de la tuberculose.* — Pour donner plus d'extension et de publicité à ses travaux, l'*Œuvre de la Tuberculose* publiera tous les trois mois un fascicule d'environ 100 pages, sous le titre de *Revue de la Tuberculose*, dont le premier numéro vient de paraître.

Le troisième Congrès pour l'étude de la Tuberculose chez l'homme et chez les animaux aura lieu à Paris, du 27 juillet au 2 août prochain, sous la présidence de M. le professeur Verneuil.

— *Locataires et parasites.* — Un arrêt de la cour d'appel de Lyon vient d'établir que l'envahissement par des insectes (il s'agissait de punaises) d'un appartement loué, lorsqu'il est de nature à empêcher la jouissance des lieux, et que le propriétaire refuse de faire la guerre à ces hôtes aussi désagréables que prolifiques, au moyen, par exemple, de la poudre.... (chut ! ne faisons pas de réclame !), est une cause suffisante de résiliation de bail.

Voilà qui est bien jugé ! Mais c'est un arrêt terriblement révolutionnaire et dont les conséquences

sont incalculables. Si la présence de punaises, parasites trop familiers, mais peu dangereux, est suffisante pour faire résilier un bail, avec indemnité pour le locataire, que décidera la Cour quand il s'agira de germes pathogènes, comme le bacille de la tuberculose ? Ah ! propriétaires, mes amis, votre bon temps est terminé ! La révolution sociale commence par le triomphe de l'hygiène : voici venir les réparations coûteuses, les désinfections obligatoires,et non gratuites probablement.

Pour éviter des ennuis, que de précautions à prendre !

Avant d'accepter un locataire, il va falloir que les concierges se renseignent, non seulement sur l'existence de chiens, de chats ou d'enfants, mais aussi sur l'état de santé des futurs occupants. Qui sait ? on exigera peut-être bientôt un certificat médical attestant la parfaite santé du père, de la mère, des enfants, des grands-parents, sans oublier les belles-mères et.... les perroquets. Et, de plus, on verra surgir à la fin de tous les baux, le terrible paragraphe suivant : « En cas de maladie, le bail sera résilié de plein droit dans les vingt-quatre heures, et le locataire mis en demeure de vider les lieux » ; ou bien : « Tout locataire devra verser en entrant une somme de.... comme garantie de la désinfection à faire en cas de maladie. »

Est-ce si invraisemblable que ça ? Bah ! tout arrive.

— *Nouveaux pavillons de chirurgie à l'hôpital Cochin.* — On a inauguré, le 30 mai dernier, les deux pavillons de chirurgie qui viennent d'être terminés à l'hôpital Cochin, et où tout a été disposé pour le plus grand bonheur des chirurgiens antiseptiques et aseptiques que sont MM. Quénu et Schwartz.

On avait convoqué, pour cette cérémonie, le Conseil municipal, les membres du Conseil de surveillance, les chirurgiens des hôpitaux, le doyen de la Faculté, etc. M. Pasteur, qui était présent, a été acclamé ; son nom a été donné à l'un des pavillons; l'autre porte le nom de pavillon Lister.

— *Appointements des médecins militaires anglais et français.* — Il y a une jolie différence entre la solde touchée par les médecins de l'armée anglaise et celle qu'on alloue aux médecins militaires français. Un surgeon major général touche 32.500 fr. et un médecin inspecteur 12.600 fr.; un surgeon colonel touche 22.500 fr. et un médecin principal de 1re classe 8.136 fr.; un surgeon lieutenant-colonel touche 16.250 et un médecin principal de 2e classe 6.588 fr.; un surgeon major touche 11.250 fr. et un médecin major de 1re classe 5.508 fr.; un surgeon captain touche 5.000 fr. et un médecin major de 2e classe 3.060 fr.; un surgeon captain, après 5 ans de service, touche 6.250 fr. et un médecin major de 2e classe, après 6 ans de grade, 3.420 fr.

— *Condamnation d'un pharmacien.* — Des poursuites avaient été intentées par la *Chambre syndicale des pharmaciens de la Gironde*, contre M. Brachat, pharmacien à Bordeaux, pour substitution de médicaments, et fraudes sur les pesées.

Le tribunal a condamné ce dernier : 1° à un mois de prison ; 2° à 50 francs d'amende ; 3° à 1 franc de dommages-intérêts pour la partie civile ; 4° à l'insertion du jugement dans les journaux le *Nouvelliste*, la *Petite Gironde* et la *France*.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3791. — M. le Dr Bellencontre, de Paris, membre du Syndicat de la Seine et présenté par M. le Dr Rousseau, de Conflans-Sainte-Honorine (Seine-et-Oise).

N° 3799. — M. le Dr Breitman, de Thury (Yonne), présenté par M. le Dr Kaplan.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Bartin, de Chauriat (Puy-de-Dôme), Maquart, d'Auvillers-les-Forges (Ardennes), membres du Concours médical.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'Ecole de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

Vient de paraître :

Tuberculose pulmonaire. Traité clinique et thérapeutique. (S. Bernheim : 1 vol. in-8° de 500 p. *Société d'éditions scientifiques. Paris* 1893.)

Ecrire l'histoire de la phtisie pulmonaire, c'est remonter à l'origine même de l'histoire médicale ; aussi l'auteur divise-t-il son historique en trois grandes périodes : *l'ancienne*, qui commence aux temps les plus reculés pour s'arrêter à Laënnec ; la *moyenne*, qui commence à Bayle et à Laënnec, pour finir à Villemin ; la *contemporaine*, qui commence à Villemin et se termine de nos jours. La question de l'étiologie avant Villemin était des plus obscures, et ses idées renversèrent tout l'édifice des vieilles conceptions sur la nature de la tuberculose ; il manquait alors à la science la notion et la connaissance des germes infectieux. Peu à peu, les découvertes de Pasteur et les progrès de la microbiologie firent connaître l'agent pathogène de certaines maladies, on établit alors l'analogie de ces maladies et de la tuberculose. Le Dr Bernheim la définit ainsi : une maladie microbienne, infectieuse, contagieuse et transmissible. Sa cause est toujours la même, d'après lui, le bacille de Koch ; mais tout organisme n'étant pas également réceptible pour le bacille, il faut étudier les prédispositions personnelles, congénitales ou acquises ; c'est ce que l'auteur fait avec grand soin. L'hérédité ne joue que le rôle accessoire de cause prédisposante. La tuberculose est contagieuse, mais la contamination n'est pas fatale. La contagion s'exerce par inoculation, par injection, par inhalation. Dans le chapitre III sont exposées les différentes *formes cliniques de la tuberculose pulmonaire* : la phtisie aiguë ou granulie, la phtisie subaiguë ou galopante, la phtisie commune ou chronique. Le diagnostic de la phtisie commune varie avec les différentes étapes de la maladie, période initiale, période de crudité, période de ramollissement, période d'excavation. D'après le Dr Bernheim, la phtisie commune peut être enrayée à toutes les phases et n'est pas fatalement mortelle. Le chap. IV traite de la *tuberculose expérimentale*, des différentes méthodes d'inoculation tuberculeuse ; le chap. V, de l'*Anatomie pathologique*, et le chapitre VI, de la *Bactériologie*. Dans le chapitre *Prophylaxie*, l'auteur examine : 1° Comment nous pouvons éviter l'introduction du germe pathogène dans notre organisme ; 2° quels sont les moyens qui rendent un organisme capable de lutter avec succès contre l'invasion du germe ; 3° quelles sont les conditions qui mettent un individu réfractaire en cas de réceptivité. Dans le chap. des *Immunités naturellez ou acquises*, l'auteur expose la différence d'évolution de la tuberculose chez les hommes et chez les animaux. Dans le chap. *Thérapeutique*, enfin, sont passés en revue les modes de traitement des différentes formes de la phtisie. Le livre du Dr Bernheim est bien au courant de la science moderne et fait grand honneur à son auteur et à l'éditeur.

Marius Roland (de Paris).

(Extrait de la *Revue internationale de bibliographie.*)

Avis. — Ce traité complet de la tuberculose sera expédié *franco* à MM. les membres du Concours médical contre un mandat de **six francs**.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE

du corps médical français

Rapport de M. le Dr Verdalle, Trésorier (1).

Messieurs et très honorés Collègues,

Le rapport financier que je vais avoir l'honneur de vous lire est le dernier de la période d'attente, de sage recueillement, que nous nous sommes imposée en fondant la Caisse de Retraite.

Pendant cette période de dix ans, où la Caisse a reçu sans pour ainsi dire rien dépenser, elle a économisé, placé, accumulé ses revenus et j'ai le plaisir de vous présenter un demi-million ou peu s'en faut.

Vous pourrez voir, en effet, Messieurs, sur le tableau du portefeuille que je ferai tout à l'heure passer sous vos yeux, que nos valeurs représentent au cours actuel de la Bourse. F. 436.013 25

Votre Trésorier a une encaisse de. 6.409 46

Les valeurs produiront jusqu'au 31 décembre environ .... 8.000 »

Enfin, l'échéance de septembre et quelques cotisations en retard, environ .... 12.000 »

Ce qui constituera au 31 décembre prochain, environ..........F. 460 à 470.000 »

près d'un demi-million, ai-je dit.

Ce demi-million, mes chers Collègues, ce sera notre fortune immobilisée ; il constituera le capital inaliénable, fondement solide et d'absolue sécurité pour l'Œuvre que nous avons fondée.

A ce propos, Messieurs, voulez-vous me permettre quelques réflexions. Vous avez certainement tous lu un article paru dans la *Gazette hebdomadaire*, en juin 1892, sous la signature d'un de nos confrères les plus estimés, journaliste très distingué, M. Lereboullet.

Étudiant le mécanisme de la Caisse de Retraite, M. Lereboullet, tout en rendant justice aux efforts, au désintéressement, au dévouement et autres qualités des administrateurs, exprime les craintes les plus vives sur l'avenir. Les calculs, d'après lui, seraient établis beaucoup trop bas et il nous serait impossible, au bout de quelques années, de servir les rentes que les statuts promettent.

Notre Vice-Président et ami, M. Lande, a répondu dans le courant de l'année aux critiques de M. Lereboullet et a prouvé, chiffres à l'appui, que nos calculs, établis suivant les règles ordinaires, assurent au contraire à l'Œuvre une marche sûre et régulière.

Comme Trésorier, et tableaux de chiffres en main, je tiens à dire mon mot, et je veux vous prouver que d'ores et déjà la Caisse de Retraite constitue pour ses souscripteurs une excellente affaire.

Supposons, en effet, Messieurs, que pour une raison quelconque nous soyons obligés de nous dissoudre. Qu'arriverait-il ? Grâce au mécanisme prudent du capital inaliénable, elle rembourserait à ses membres les capitaux versés par eux, et chacun de nous recevrait non seulement le capital intégral de ses versements, mais encore les revenus accumulés de ce capital, grossis par les dons, les legs, tous les aléas enfin d'une œuvre comme la nôtre.

Aujourd'hui, ce capital inaliénable que nous avons constitué, ce portefeuille qui vaut avec l'encaisse actuelle environ 442,000 francs, que représente-t-il ? Il représente exactement (8 avril) 365,640 francs 10 centimes de cotisations versées par nous. Nous avons versé

(1) Séance générale du 9 avril 1893.

365,000 francs et pour les représenter nous en avons 442,000. C'est donc une plus-value de 77,000 francs qui constitue nos économies, les économies que vous avez faites, mes chers Collègues ; plus-value constituée par l'intérêt régulier des valeurs, par leur amortissement, par les dons, etc.

Il est très difficile de calculer exactement ce que représente ce cinquième du capital venant s'ajouter au capital de versement ; car ces versements ont été faits par à-coups ; ils s'échelonnent dans une période de dix ans ; aux membres qui ont dix ans de participation, il faudrait opposer ceux qui n'en ont qu'un à peine, qui n'ont même versé que le premier semestre de leur cotisation de cette année. Il y a eu quelques démissions et aussi, hélas ! des morts, et de ce fait le nombre des participants diminue et le prorata s'accroît en conséquence.

Mais on peut affirmer, sans crainte d'être taxé d'exagération, que c'est là un très beau, un magnifique placement.

Il ne faut pas admettre, Messieurs, la possibilité d'une dissolution ; nos calculs prévoient un fonctionnement indéfini ; mais, à supposer l'impossible, nous en serions quittes pour avoir perdu une illusion de plus, mais pas un centime, et nous aurions la consolation d'avoir encore fait une bonne affaire, ajoutons une œuvre utile au moins pendant le temps où nous aurions fonctionné.

Et laissez-moi ajouter un mot, c'est que votre Trésorier, qui consacre à l'Œuvre commune un temps et un travail — il peut le dire — considérable, est navré de voir des hommes aussi distingués, aussi élevés dans la hiérarchie professionnelle que notre confrère, M. Lereboullet, consacrer leur talent à la combattre, au lieu de lui chercher dans l'Association générale dont il est un des plus hauts dignitaires un aide et un appui.

Comment ! L'ordre du jour est à l'amélioration des professions de toute sorte ; on ne parle que de syndicats, de secours mutuels, de caisses de retraites. L' tat lui-même se met à la tête de ce grand mouvement social..., j'allais dire socialiste. Les gouvernements les plus absolus, les plus autoritaires se préoccupent de ces questions et cherchent à les résoudre dans l'intérêt des peuples. Pas une administration publique, qui ne constitue au profit de ses membres une caisse de retraite. Un grand nombre de sociétés privées, de sociétés industrielles en fondent de leur côté.

Et nous, médecins, corporation nombreuse, éclairée, solidarisée, quoi qu'on en dise, nous ne pourrions arriver à créer dans ce genre quelque chose de solide et de durable ? Et si nous l'essayons, de bonne foi, en toute honnêteté et loyauté, nous ne trouverons auprès de ceux qui devraient avoir pour premier souci l'amélioration de la profession, qu'indifférence ou hostilité ?

Non, Messieurs, cela n'est pas possible — ou si cela est — cela changera, et il viendra un jour, pas éloigné, j'en suis certain, où tous seront avec nous, travaillant avec nous, et au lieu de nous dire qu'il n'y a rien à faire et que tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes médicaux, au lieu de combattre notre Œuvre, s'associeront à nos efforts, nous donneront l'appui de leurs encouragements, chercheront à nous améliorer et non à nous détruire.

J'aurais voulu, dans la critique de M. Lereboullet ou après sa critique, un mot d'encouragement, un mot d'espoir vers une solution quelconque, ne fût-ce que la plus vague des indications. Mais, non, il n'y avait rien, rien que la plus sèche et la plus stérile désespérance.

Tous les ans ou à peu près, nous entendons un honorable rapporteur déclarer solennellement à la séance annuelle de l'Association que la fondation d'une caisse de retraite est une simple utopie et demander l'ordre du jour. chaque année, quelque Société locale qui a les Statuts rappelle à l'Association que ses fondateurs y ont inscrit fondamentalement la création d'une caisse de retraite ; et chaque année la réponse est la même ; et l'honorable rapporteur remercie le pétitionnaire par la même formule. Et cependant elle existe la Caisse de retraite et elle affirme son existence par un demi-million, que je vous présente aujourd'hui et elle va servir, l'an prochain, ses premières retraites.

Mais, encore une fois, s'il y a mieux à faire dites-le, indiquez-nous les changements, les améliorations nécessaires, donnez-nous des conseils que nous écouterons avec déférence que nous suivrons avec empressement. Mais le dédain n'est pas convenable, l'ignorance n'est pas permise, l'hostilité ne s'explique pas.

Pardonnez cette digression un peu longue peut-être vive, mes chers Collègues, à votre Trésorier qui, encore une fois, est souvent et été dans cette circonstance particulièrement désolé de voir l'Œuvre à laquelle il tient par tant de liens condamnée ainsi à mort sans réserve. Condamnée, mais non exécutée, Dieu merci ! car il va vous prouver, chiffres en main qu'elle est bien vivace et nourrie de puissantes et substantielles racines.

Entrons donc dans les détails :

Recettes. — Au 27 avril 1892, jour de l'Assemblée générale, les encaissements s'élevaient à.............F. 371,787

Ils s'élèvent aujourd'hui, 8 avril 1893, à la somme de.................. 429.850

Les encaissements de l'exercice 1892-93 ont donc été de.............. 58,063

Voici le détail de ce chiffre :

Cotisations............	44.162 80	
Intérêt des valeurs.....	10.544 30	
Profits et pertes.........	35 22	
Amortissement des valeurs.................	3.211 33	
Dons..................	110 »	
		58.063

Le tableau ci-contre donne la situation de la Caisse, année par année, depuis sa fondation par exercices complets, du 1er janvier au 31 décembre de chaque année :

ANNÉES	COTISATIONS	INTÉRÊT DES VALEURS	DIVERS	ENCAISSEMENT	TOTAL DES ENCAISSEMENTS
1884......	20.541 »	207 60	1.201 25	21.949 85	21.949 85
1885......	37.646 20	1.200 50	807 28	39.653 98	61.603 83
1886.	34.667 »	3.306 74	656 66	38.630 41	100.234 24
1887......	34.911 40	4.326 55	239 41	39.507 36	139.741 60
1888......	33.092 »	5.762 65	931 60	39.786 25	179.527 85
1889......	32.354 90	6.925 40	26 60	39.306 90	218.834 75
1890	43.085 25	8.084 40	227 74	51.397 39	270.232 14
1891......	51.318 60	9.763 40	1.276 58	62.358 58	332.580 72
1892.	44.284 50	11.002 90	3.362 82	58.649 77	391.240 49
1893 5 avril....	32.759 70	4.375 05	18 30	59.653 50	450.893 99
31 décemb. (approx.)	12.000 »	8.000 »	2.500 »		
	44.759 70	12.375 50	2.518 30		

Le chiffre des cotisations a été pour l'exercice 1892, de..........................F. 44.284 05
un peu inférieur à celui de l'exercice 1891, qui était de.................... 51.318 60

Cette différence s'explique par le fait que, pendant l'exercice 1891, il y avait eu de gros cotisants au tableau B (arrérage) ; l'un d'eux avait versé, à lui seul, près de 10,000 francs.

Le tableau indique pour 1893 un chiffre à peu près analogue à celui de 1892 ; mais ces chiffres ne peuvent être qu'approximatifs et très variables par les raisons que je donnais tout à l'heure ; 1893 dépassera donc peut-être très sensiblement 1892.

L'intérêt des valeurs suit une progression constante : il s'élèvera, pour cette année, à près de 13,000 francs.

Le chapitre *Divers* contient les profits et pertes (remboursements par divers de frais de correspondance, dons, amortissement de valeurs).

En 1892, nous avons reçu deux dons : MM. R.-Saint-Philippe et Porson ont abandonné à l'Œuvre l'indemnité de voyage qui leur était accordée en qualité de Censeurs, soit... F. 110 »

Nous avons vendu un titre de 116 francs de rente 4 1/2 % qui avait été versé par un adhérent en paiement de sa cotisation............. 2.734 35

Il y a eu, en outre, une soulte résultant de la conversion de nos obligations communales 1886 en obligations à lots 1892............ 477 »

Enfin, les pertes et profits se sont soldés par.......................... 41 47

TOTAL....... 3.362 82

Dépenses.— Les dépenses sont énumérées dans le tableau suivant :

EXERCICE 1892-93
(du 24 avril 1892 au 8 avril 1893).

Frais généraux :

Frais de bureau................... F.	24 »
Frais de correspondance et quittances..........................	106 75
Frais d'impression..................	220 10
Indemnités de voyage aux membres du Comité-Directeur et aux Censeurs.........................	260 »
Trésorerie...........................	240 55
Achat de valeurs (portefeuille)....	57.831 05
TOTAL..........	58.682 45

Dans le courant de cet exercice, nous avons acheté :

40 obligations P.-L.-M............	18.981 05
1,200 francs de rente 3 %.........	38.850 »
TOTAL.........	57.831 05

En somme, l'exercice 1892-93 se résume ainsi :

En caisse au 24 avril 1892.........	7.028 24
Encaissements 1892-93..............	58.063 67
TOTAL......	65.091 91
Dépenses 1892-93..................	58.682 45
En caisse au 4 avril 1893.........	6.409 46

Nous avons eu le plaisir d'admettre, dans le courant de ce dernier exercice, seize adhérents nouveaux, auxquels nous souhaitons cordialement la bienvenue. Ce sont :

M. et Mme Marquié, de Saint-André-de-Lidon (Charente-Inférieure) ; Dr Gibert, de Lauzerte (Tarn-et-Garonne) ; Mme Peyneaud, d'Arès (Gironde) ; Mme Calmels, de Milhau (Aveyron) ; Dr Codet, de Lamballe ; Mme Gandaubert, de Montsauche (Nièvre) ; Dr Mansord, de Le-Grand-Lemps (Isère) ; Dr Fayard, de Le-Péage-de-Roussillon (Isère) ; Dr Contaud, de Saumur ; M. et Mme Merveilleux, de Périgueux (Dordogne) ; Dr Laperyenche, de Ribérac (Dordogne) ; M. et Mme Desfarges, de Busset (Allier).

9 ont choisi le tableau A et versé ce chef une somme de................ F.	1.818 »
2, le tableau (1/2)................	352 »
1, le tableau B....................	1.299 »
2, le tableau C....................	200 »
2, le tableau (C 1/2)............	100 »
TOTAL.......	3.769 »

Vous voyez, Messieurs et chers Confrères, que j'avais raison de m'inscrire en faux, de protester contre les affirmations pessimistes et d'affirmer hautement la vitalité de notre Œuvre.

Caisse auxiliaire. — Je termine ce trop long rapport par l'exposé de notre caisse auxiliaire.

Vous savez, Messieurs, que cette caisse a pour objet, d'après les Statuts, de faire face aux diverses nécessités auxquelles ne peut parer la caisse de retraite — lisez : assistance confraternelle.

Dans le courant du dernier exercice, deux de nos collègues nous ont exposé leur triste situation : très âgés, malades, réduits à ne presque plus exercer, ils ne pouvaient continuer à verser leur cotisation et risquaient ainsi, à la veille de la retraite, de ne pas arriver à ce terme si désirable.

La caisse auxiliaire va leur venir en aide, Messieurs ; elle paiera leurs cotisations arriérées et, l'année prochaine, nos chers collègues toucheront leur retraite. Vous voyez que, nous aussi, nous avons prévu l'assistance dans cette Œuvre qu'on accuse de n'être qu'une simple affaire.

Dites donc aux Compagnies d'assurances ou à la Caisse de retraites de l'Etat de faire de même !

Bilan au 8 avril 1893.

Caisse.................... F.	45.410 94	39.651 48
Caisse des Pensions.........	2.362 71	» »
Caisse auxiliaire............	» »	5.052 01
Cotisations.................	» »	362.753 20
Frais généraux...............	9.502 99	18 30
Rente 3 % amortissable.....	109.900 80	1.147 50
Rente 4,50 %.....	» »	112 25
Rente 3 %...................	38.850 »	» »
Obligations du Midi..........	49.976 95	928 80
— Orléans...............	37.829 40	720 »
— P.-L.-M	51.005 80	828 »
— foncières 1883.......	32.916 15	720 »
— communales 1892 ..	17.938 25	384 »
— foncières 1879.......	8.517 85	» »
— communales 1879...	8.247 70	144 »
	412.459 54	412.459,54

Situation au 8 avril 1893.

Recettes.

Cotisations....................	365.640 10	
Dons..........................	3.349 30	
Profits et pertes..............	694 14	
Intérêts des valeurs...........	55.939 45	
Remboursement et amortissement des valeurs..........	4.227 80	
		429.85

Dépenses.

Portefeuille...................	410.365 60	
Frais généraux................	10.178 83	
Remboursement de cotisations........	2.896 90	
Reste en caisse au 9 avril 1893	6.409.46	
		429.85

PORTEFEUILLE

VALEURS	PRIX D'ACHAT	AMORTISSEMENTS	NET	VALEUR ACTUELLE (31 mars)	PLUS VALUE	MOINS VALUE	Revenu annuel	TOTAL des revenus depuis l'ouverture
4.650 fr. de rente 3 % amortissable	134.044 65	500 »					4.650	24.791
			133.544 65	152.830 »	19.285 35			
116 fr. de rente 4 1/2	2.709 10	2.734 35						87
130 obligations Midi................	56.418 35							
		493 90					1.872	6.523
100 obligations foncières 1883.....	39.436 15		55.924 45	60.287 50	4.363 05		1.440	7.240
50 obligations communales 1892...	24.705 25		39.436 15	41.000 »	1.563 85		768	6.674
		477 »						
			24.228 25	24.228 25				
100 obligations Orléans...........	42.335 70		42.335 70	46.400 »	4.064 30		1.440	5.226
20 obligations foncières à lots 1879	9.816 60		9.816 60	9.500 »		316 60	288	1.278
20 obligations commun. à lots 1879	9.614 25							
		499 55						
			9.114 70	9.500 »	385 30		288	867
115 obligations P.-L.-M	52.435 65		52.435 65	53.417 50	981 85		1.656	2.257
1.200 fr. rente 3 %................	38.850 »		38.850 »	38.850 »			1.200	
			405.586 15	436.013 25	30.643 70		13.602	54.965

LA SEMAINE MÉDICALE

L'acide chlorhydrique dans le traitement de la goutte.

M. le Dr *Beuzelin*, d'Amfreville-la-Campagne (Eure), nous communique une très intéressante observation de traitement de la goutte par l'acide chlorhydrique à haute dose, qu'il a recueillie sur lui-même et qui nous paraît digne d'être rapportée, car il a obtenu la guérison complète.

« J'ai 65 ans ; fils de père goutteux, j'avais la goutte depuis l'âge de 45 ans, au pied droit surtout, au pied gauche quelquefois. Jamais les deux à la fois. J'étais gros mangeur, pas buveur, dyspeptique.

Depuis 4 ans, je n'ai plus de goutte du tout, pas un seul accès. Voici ce que j'ai fait, et fais encore.

Un *seul* repas en 24 heures, à midi.

Rien jusqu'au lendemain midi.

Je pesais 204 livres ; je ne pèse plus que 184 livres. J'ai donc diminué de 20 livres. Je ne bois jamais d'eau-de-vie ; très rarement quelques verres de vin. Je bois du cidre aux repas. Peu de pain.

Après mon repas de midi, comme j'ai toujours des digestions laborieuses par insuffisance d'acide chlorhydrique, je prends 12 gouttes d'acide chlorhydrique dans 1/2 verre d'eau sucrée ; à 6 heures du soir encore 12 gouttes, et à 10 heures du soir encore 12 gouttes, ce qui fait 36 gouttes.

Le matin, gouttes amères de Baumé.

De cette façon, plus de ralentissement de nutrition, plus de toxines plus de ptomaïnes, estomac complètement vide quand arrive midi, heure de mon *seul repas quotidien*. Plus de tophus aux articulations du pied ; mes pieds sont redevenus nets et secs, comme si je n'avais jamais eu de goutte. »

Ce fait est évidemment fort intéressant et il doit être rapproché des nombreux cas analogues cités par Trousseau et observés principalement chez les Anglais. Trousseau racontait que, se trouvant un jour à table chez des Anglais fort riches, il remarqua son voisin qui pendant le repas, sortait de son gilet un tou

petit flacon, dont il prenait aussitôt dix ou douze gouttes dans un peu d'eau. Intrigué, Trousseau lui demanda ce qu'il faisait : « Mais je prends mon acide muriatique » répondit l'Anglais, « c'est pour ma dyspepsie et contre la goutte ». Et Trousseau eut l'occasion dans la suite de faire semblables remarques chez un grand nombre d'Anglais. La méthode n'est pas nouvelle et il se conçoit aisément que nos voisins d'outre-Manche qui sont de grands goutteux et de grands dyspeptiques, connaissent ce médicament si efficace contre ces douloureuses maladies.

Quoi qu'il en soit de la méthode, qui a déjà fait ses preuves, nous ne pouvons croire que des doses aussi fortes puissent être tolérées longtemps. 36 gouttes par jour représentent tout près de deux grammes d'acide chlorhydrique officinal, puisqu'un gramme équivaut à 21 gouttes : or, deux grammes ou 1 gr. 75 d'acide chlorhydrique par jour, cela est bien supérieur aux doses maxima des formulaires ; nous n'oserions pas dépasser vingt gouttes par jour, comme le font les Anglais.

Les rétrécissements de l'urèthre chez la femme.

M. *Genouville*, dans un intéressant travail sur les rétrécissements de l'urèthre chez la femme, a fait d'importantes remarques qui nous paraissent avoir une grande utilité pratique.

Les rétrécissements de l'urèthre sont extrêmement rares chez la femme : comme chez l'homme, ils reconnaissent deux causes principales : l'*infection* (depuis l'uréthrite banalement septique jusqu'à la blennorrhagie) et le *traumatisme* (dystocie) ; les lésions causées par le traumatisme étant, comme chez l'homme, plus précoces que celles qui suivent la blennorrhagie ;

Les signes fonctionnels varient de la simple gêne de la miction jusqu'à la rétention complète ; ils surviennent, à égalité des lésions, sensiblement plus tôt chez la femme que chez l'homme ; indépendamment de toute constatation anatomique, ce simple fait clinique tendrait déjà à prouver que la vessie de la femme est moins puissante que celle de l'homme ; à obstacle égal survenant dans le canal de l'urèthre, la vessie de la femme se fatigue plus vite, son infériorité se traduisant par une insuffisance fonctionnelle plus précoce ;

Le rétrécissement de l'urèthre est susceptible d'amener chez la femme des lésions de cystite et de pyélonéphrite ascendante absolument analogues à celles qu'il engendre chez l'homme. Ces complications peuvent même survenir avec un rétrécissement peu serré ;

Le traitement le plus habituellement employé est la dilatation graduelle : l'uréthrotomie et l'électrolyse ont à leur actif des succès ; mais les observations sont encore trop peu nombreuses et presque toujours trop peu précises pour qu'on puisse conclure. Le nouveau procédé d'*uréthrotomie totale* semble présenter plus de garanties contre la reproduction de la stricture, car il supprime au point de vue fonctionnel la partie de l'urèthre affectée de rétrécissement, et par conséquent exclut toute idée de récidive.

La vessie de la femme est moins épaisse, plus facilement extensible quoique plus petite que celle de l'homme ; sa dilatabilité est double. L'urèthre féminin est très dilatable, puisqu'il peut être dilaté au triple de son calibre normal, qui est de 7 à 8 millimètres de diamètre. Le sphincter uréthrovésical a une tonicité bien inférieure à celui de l'homme.

En résumé, on comprend que les rétrécissements de l'urèthre chez la femme amènent plutôt que chez l'homme des signes fonctionnels de dysurie, parce que la *vessie de la femme* est plus mince, moins musclée, moins résistante et plus extensible que celle de l'homme.

Danger de la cocaïne appliquée sur les seins d'une nourrice.

La cocaïne appliquée en pommade ou en solution, même au 1/50 sur les mamelons pendant la lactation, a pour effet de supprimer l'érection du mamelon et, chose plus grave, de tarir en quelques jours la sécrétion lactée. Le praticien devra donc éviter à tout prix d'employer ce moyen pour éviter les gerçures du sein ou pour calmer les douleurs cuisantes qu'elles provoquent, quand elles se sont produites. Le meilleur moyen pour éviter les gerçures est d'user de lotions antiseptiques et alcooliques ; le cognac, l'eau de Cologne, sont les plus efficaces et les moins gênants de ces liquides de lotions. Heureusement que la suppression de la sécrétion lactée n'est que passagère et cède à la suppression de la cocaïne ! Néanmoins, il faut être prévenu, afin de ne pas s'exposer à un immense désappointement.

Pronostic et traitement des présentations du siège.

M. *Etienne*, interne des hôpitaux de Nancy, insiste sur la bénignité relative des accouchements en présentation du siège. A la Maternité de Nancy, la mortalité dans les accouchements de ce genre a été 0 sur 50 cas.

Il importe de bien se souvenir que, pour la mère, la présentation étant irrégulière, la dilatation est longue. Dès lors, il est évidemment indiqué de respecter la poche des eaux qui aide à la dilatation de l'orifice.

Il en est tout autrement pour l'enfant. En effet, fatalement, il y a compression du cordon : il est comprimé entre le tronc de l'enfant et les parois du bassin maternel, d'abord ; puis entre la tête fœtale et ces mêmes parois, et ce moment est le plus dangereux. L'enfant est alors dans la situation d'un pendu : tout moment perdu peut amener la mort.

D'autre part, pendant le temps employé parfois pour le dégagement des bras, le tronc est déjà en dehors des parties génitales, l'enfant peut faire des mouvements d'inspiration, et la tête étant encore dans l'utérus, le fœtus avale du sang, du liquide amniotique, du méconium, qui pénètrent dans les voies respiratoires, d'où nouvelles chances d'asphyxie d'abord, de broncho-pneumonies septiques ensuite.

En ce qui concerne le traitement, le principal point à observer, c'est qu'il faut laisser le travail s'opérer et ne rien faire qui le contrarie.

La femme étant en travers du lit, en position obstétricale, on laisse l'extrémité inférieure du tronc arriver à la vulve et se dégager. Dès qu'un doigt peut arriver à l'ombilic, l'opérateur va chercher une anse du cordon et l'amène au

dehors, pour éviter qu'il ne soit tiraillé et ne produise un décollement placentaire. Puis, aussitôt que l'ombilic paraît à la vulve, il saisit les jambes du fœtus à pleine main, les abaisse si cela est nécessaire (mode des fesses) et tire énergiquement. Mais pendant ce temps, *et c'est ici le point essentiel*, un aide intelligent et habitué, placé derrière la tête de la parturiente, comprime de toutes ses forces, et *continuellement*, le fond de l'utérus à travers les parois abdominales, forçant ainsi la tête à rester fléchie et empêchant les membres supérieurs de se relever. Puis, après avoir abandonné les jambes pour saisir à pleines mains le bassin, les mains appliquées d'abord de chaque côté des os iliaques du fœtus, en ayant soin de ne pas appuyer sur les parties molles, ce qui provoquerait une compression du foie descendant jusque dans la fosse iliaque, l'opérateur, tirant toujours vigoureusement, imprime au fœtus des mouvements de latéralité, à droite, à gauche, selon qu'un côté se dégage plus ou moins. Un peu plus tard, il saisit le thorax, les pouces de chaque côté et en arrière, sur les omoplates. On dégage les épaules, on fait la rotation externe. C'est alors le moment critique, l'extraction de la tête ; mais, on l'a vu, celle-ci, comprimée de haut en bas, est restée fléchie ; aussi, le plus tôt possible, on va introduire deux doigts de la main gauche dans la bouche de l'enfant, tandis que mettant l'index et le doigt médius de la main droite à cheval sur le cou, on extrait vivement la tête en tirant en bas d'abord, puis en relevant progressivement, de façon à ramener l'enfant sur le ventre de la mère. L'extraction de la tête se fait ainsi par la méthode de Mauriceau.

Mais, nous l'avons dit, le fait essentiel, c'est la compression très énergique sur le fond de l'utérus pour maintenir la flexion. C'est une modification du procédé Wigand. Sans elle, certainement, ces tractions énergiques seraient des plus dangereuses et amèneraient presque fatalement la déflexion.

On voit immédiatement que cette méthode est inapplicable quand, dans un accouchement gémellaire, le premier enfant se présente par le siège ; mais on remarquera qu'alors le deuxième œuf produit en partie le même effet en comprimant la tête de haut en bas.

Formulaire.

Pommades contre la rugosité et les gerçures des mains.

1° Acide borique porphyrisé.	10 grammes.
Glycérine	20 —
Lanoline	30 —
2° Menthol	0 gr. 75
Salol	1 gr. 50
Huile d'olive	2 gr. 50
Lanoline	45 gr.

Ces pommades sont surtout utiles contre les rugosités, les gerçures et les crevasses qui viennent à la suite du contact continu ou prolongé des mains avec les solutions phéniquées et sublimées.

La pommade n° 1 est recommandée contre la rudesse et la rugosité des mains, la pommade n° 2 contre les gerçures, surtout en hiver. (*La Médecine moderne.*)

MÉDECINE PRATIQUE

Les dyspepsies et la médication dyspeptique

Quoique bien souvent traitée dans ce journal par notre confrère Le Gendre, cette question mérite d'être représentée souvent tant pour l'intérêt pratique qu'elle offre pour nos clients et pour nous-mêmes, que pour les nombreux progrès que fait chaque jour cette partie importante de la pathologie de l'estomac. La dyspepsie est un état morbide caractérisé par la lenteur et la difficulté de la digestion (Damaschino) ; telle est la définition de la dyspepsie en général : la dyspepsie n'est pas une entité morbide, par conséquent ; elle est la manifestation d'un trouble fonctionnel de l'estomac, que ce trouble soit dû à la dilatation, à la gastrite, à un néoplasme, à un ulcère, ou au contraire à un vice de sécrétion glandulaire, à une déviation de l'acte mécanique et nerveux de la digestion.

Il ne faut donc plus classer la dyspepsie dans les maladies de l'estomac ; la dyspepsie est un signe comme la toux, l'expectoration, etc. Quand on dit qu'un malade est dyspeptique, cela n'a pas plus de signification diagnostique que lorsqu'on dit d'un autre malade : c'est un tousseur.

Aujourd'hui, la pathologie gastrique se divise ainsi : 1° Maladies inflammatoires de la muqueuse et des tuniques musculeuses : gastrites, dilatation, ulcère ; 2° Maladies néoplasiques : cancer, sarcome, tuberculose ; 3° névroses : gastralgie ; 4° altérations des sécrétions glandulaires, *altérations du chimisme stomacal*.

C'est dans la 4e classe que doivent se ranger les nombreuses dyspepsies que l'on étudiait autrefois sous l'étiquette vide de sens : *la dyspepsie*. Une partie de ces manifestations dyspeptiques appartient aussi à la catégorie des névroses, ce sont les *dyspepsies nervo-motrices*. Nous ne nous occuperons ici que des dyspepsies chimiques et nerveuses.

I

DYSPEPSIES CHIMIQUES ET NERVO-MOTRICES.

Les affections stomacales qui se traduisent par la dyspepsie sont de plusieurs sortes. M. le Dr Mathieu en a donné une description très nette dans la *Gazette des Hôpitaux*.

1° *L'hyperchlorhydrie ou hyperpepsie.*

2° Les fermentations lactique, acétique, butyrique (*hyperacidité organique*).

3° L'*hypochlorhydrie.*

4° La *neurasthénie gastrique*, ou dyspepsie nervo-motrice.

1° *Hyperchlorhydrie.* Il n'y a pas encore longtemps, on ignorait presque totalement la présence de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique, et les preuves de son existence étaient plutôt théoriques que pratiques. Aujourd'hui, on connaît, non seulement, l'existence de cet acide, mais encore sa quantité pondérable à tel ou tel moment de la digestion, au moyen de réactifs chimiques d'une grande précision (Hayem et Winter, Rémond, Mathieu). Ces réactifs sont la phloroglucine vanilline (Günzbourg), le vert brillant (Lépine), etc. ; nous n'insistons pas, ce sont des recherches de laboratoire.

Or la quantité exagérée de l'acide chlorhydrique libre dans l'estomac constitue *l'hyperchlo-*

rhydrie. Les symptômes de cette affection sont: la CONSTIPATION, les douleurs gastralgiques, les sensations de brûlures au creux épigastrique et l'AUGMENTATION DE L'APPÉTIT. En général, les malades atteints d'hyperchlorhydrie digèrent bien les viandes et mal les légumes et les farineux. Ils ont quelquefois des éructations, mais ces gaz sont sans odeur, ni saveur.

2° *Hyperacidité organique*. — La prédominance des acides organiques, lactique, acétique, butyrique, constitue généralement une affection plus longue et plus tenace que l'hyperchlorhydrie. Dans les expériences de laboratoire, l'acide lactique est indiqué par le réactif d'Uffelmann, l'acide acétique est reconnu par la réaction des acétates sur le perchlorure de fer, l'acide butyrique est facile à déceler par sa seule odeur.

Généralement, le malade atteint de cette affection a une GRANDE DIMINUTION DE L'APPÉTIT ; il est sujet aux régurgitations acides, au pyrosis, aux ÉRUCTATIONS AIGRES, brûlantes ; les digestions sont très longues et s'accompagnent de pesanteurs épigastriques. Il y a des cas où l'acide butyrique prédomine à tel point que le malade a des éructations infectes, qu'on rangeait autrefois sous la désignation de dyspepsie flatulente.

3° *Hypochlorhydrie*. C'est la moins grave des altérations du chimisme stomacal. Elle se traduit par de l'hypopepsie (Hayem) ; par de l'inappétence, par des lenteurs considérables de digestion, par des alternatives de diarrrhée et de constipation. Le caractère principal de l'hypochlorhydrie réside dans l'indigestibilité des viandes, des œufs, et dans la facile digestion des matières amylacées : l'estomac ne digère plus, c'est le pancréas seul qui fonctionne, et tant que ce dernier organe est sain, la dyspepsie se fait fort peu sentir.

4° *Neurasthénie gastrique*. C'est la dyspepsie nervo-motrice de M. Mathieu, la seule cause de toutes les dyspepsies pour M. Bouchard et M. Le Gendre; c'est une dyspepsie dans laquelle l'acidité totale est normale ou inférieure à la normale, la stagnation n'existe pas dans l'estomac à jeun, l'acide chlorhydrique est en quantité normale; ou un peu diminué; c'est la distension stomacale au moment des repas, premier stade de la dilatation stomacale permanente (Le Gendre). M. Hayem n'attribue que peu de valeur à cette atonie et la considère comme consécutive à une hypochlorhydrie.

Les symptômes sont: la constipation, la fréquence des éructations, le pyrosis, les pesanteurs gastriques, l'inappétence ou l'appétit capricieux. Les vomissements sont rares; le ventre est ballonné, météorisé; la langue un peu saburrale, mais humide; les lèvres sèches, fendillées ; la soif très vive ; le teint jaune, terreux. Enfin, les malades ont généralement de la torpeur cérébrale. De cette catégorie de dyspepsie *à la dyspepsie par stase*, il n'y a qu'un pas : et de la dyspepsie par stase, on arrive vite à la dilatation stomacale permanente.

Dans le cas de stase il y a le plus souvent des vomissements, parfois de grands vomissements évacuateurs, dans lesquels on retrouve des substances alimentaires ingérées la veille ou les jours précédents ; parfois aussi, il y a des crises, plus ou moins prolongées et se répétant dans la même journée, d'intolérance gastrique et de vomissements. Parfois — et c'est caractéristique — on trouve le matin à jeun une grande quantité de liquide dans l'estomac, à tel point, qu'on peut se demander, en pareil cas, s'il n'y a pas rétrécissement du pylore, cancéreux ou non.

Les complications de la dyspepsie neurasthénique sont graves dans certains cas : on observe de la dilatation du cœur droit, des accès cardiaques pseudo-angineux, des troubles génitaux, de la neurasthénie intellectuelle et une anémie plus ou moins intense.

A ces dyspepsies types, il faut ajouter une catégorie spéciale où se place la dyspepsie *par chimisme variable*.

MM. *Linossier et Lemoine*, de Lyon, qui ont publié, dans la *Revue de Médecine*, une observation extrêmement complète sur ce sujet, prétendent que c'est une forme de dyspepsie sur laquelle l'attention ne semble pas avoir été attirée jusqu'à présent et qui est assez fréquente chez les névropathes.

Dans le cas où le chimisme est variable, aucune suppléance, aucune compensation n'ont le temps de s'établir, pour lutter contre un trouble momentané ; aucun régime alimentaire, aucun régime thérapeutique même ne peuvent s'adapter aux oscillations constantes de la sécrétion gastrique, et il se produit des symptômes d'hyperchlorhydrie avec une quantité d'acide chlorhydrique à peine supérieure à la normale ; une sensation de pesanteur considérable pour une hypochlorhydrie qui n'est pas très accentuée.

Nous terminerons cette revue des dyspepsies en mentionnant une affection spéciale qui se rattache à l'hyperchlorhydrie et qui porte le nom de *gastro-succorrhée* ou *maladie de Reichmann* ; c'est une dyspepsie par hypersécrétion gastrique. On la rencontre sous forme chronique permanente ou bien sous forme intermittente, dans l'ataxie, la paralysie générale, la sclérose en plaques, etc. Les symptômes sont des crises gastralgiques 3 ou 4 heures après les repas, des vomissements abondants de liquide acide, la distension stomacale, l'amaigrissement, la soif exagérée, l'opalinité et la lactescence des urines, la conservation de l'appétit.

Toutes les formes de dyspepsie que nous venons d'étudier s'accompagnent le plus souvent de lésions anatomiques ; elles se présentent avec les mêmes allures, surajoutées à d'autres symptômes dans toutes les affections stomacales.

La *forme hyperpeptique* est liée à une *gastrite parenchymateuse avec irritation des glandes à pepsine*. Celle-ci dérive elle-même de causes diverses : intoxications alcoolique, tabagique ou médicamenteuse, alimentation vicieuse, mauvaise hygiène, maladies diathésiques, chlorose, etc.

La *forme hypopeptique* de la dyspepsie organopathique est liée soit à une *gastrite parenchymateuse muqueuse*, soit à une *gastrite interstitielle avec atrophie des glandes à pepsine*. Elle apparaît d'emblée ou succède à la forme hyperpeptique et découle des mêmes conditions étiologiques que celle-ci.

De même que l'ulcère stomacal se rattache à la dyspepsie hyperpeptique, de même le cancer se traduit chimiquement par l'hypopepsie.

II

MÉDICATION ANTI-DYSPEPTIQUE.

C'est à la revue que M. le Dr *Gilbert* a publiée dans la *Gazette hebdomadaire* (n° 4), que nous emprunterons les données scientifiques du traitement des dyspepsies, en nous inspirant de notre pratique personnelle chez le professeur Hayem.

Et d'abord, outre les symptômes que nous avons indiqués plus haut, comment pourra-t-on vérifier sûrement l'existence de l'hyperchlorhydrie ou de l'hypochlorhydrie chez un malade ?

Voici le procédé pratique de Günzburg, recommandé par M. Huchard et M. Marfan :

« Il est nécessaire de choisir une substance qui ne soit dissoute que par le suc gastrique et que l'on puisse retrouver facilement dans la salive ou dans les urines (de préférence dans le premier liquide que l'on obtient plus régulièrement que le second). L'iodure de potassium remplit ces trois conditions.

« Celui-ci est préalablement enveloppé d'un corps (la fibrine) digestible dans le liquide stomacal, et qui se digère plus ou moins vite, suivant le degré de puissance digestive du suc gastrique. « Le temps qui s'écoule entre l'ingestion « de la substance ainsi préparée et l'apparition » de l'iode dans la salive, permet d'apprécier le « pouvoir digestif du suc gastrique. » (Marfan.)

« Après avoir préparé avec un peu de gomme des pastilles de 20 à 30 centigrammes d'iodure de potassium, on introduit une de ces pastilles dans un fragment de tube en caoutchouc très mince et d'une vulcanisation très forte, — pour éviter la diffusion, dit M. Marfan. On affronte ensuite les deux bouts, et l'on réunit chacun d'eux avec trois fils de fibrine, préalablement conservés dans l'alcool pour leur donner plus de flexibilité. Ces petits paquets se conservent aussi très bien dans la glycérine ; on les extrait tous les huit jours pour les faire sécher, et on les plonge dans la glycérine nouvelle. Quand on veut s'en servir, on les sèche, soit avec du papier buvard, soit avec de l'alcool absolu, et on les enveloppe d'une capsule de gélatine à emboîtement.

« Lorsqu'on veut examiner le suc gastrique, on fait faire un repas d'épreuve (un œuf, 100 grammes de pain et un verre d'eau). Une heure après, le malade avale la capsule d'iodure (capsule qui peut être faite par le pharmacien d'après ces indications).

« Or, quand le suc gastrique a sa teneur normale en HCl, la réaction de l'iode dans la salive apparaît environ une heure un quart après le repas d'épreuve. Quand il y a *hyperchlorhydrie*, elle apparaît avant trois quarts d'heure ; quand il y a *hypochlorhydrie*, une heure trois quarts ou deux heures ; quand l'hypochlorhydrie est plus accusée et confine presque à l'*anachlorhydrie*, la réaction n'apparaît qu'au bout de deux à quatre heures.

« Les différences que l'on note pour le moment d'apparition de l'iode dans la salive tiennent seulement à la dissolution des fils de fibrine, *dissolution dont la rapidité est en raison directe de la richesse du suc gastrique en* HCl (l'expérience ayant démontré que la capsule de gélatine se dissout avec une égale rapidité chez tous les sujets, quel que soit l'état de leur suc gastrique).

« Pour rechercher l'iode dans la salive, il suffit de faire cracher une heure après le repas d'épreuve, environ tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures, et de placer cette salive dans des verres séparés, correspondant à chaque quart d'heure ou à chaque demi-heure de l'expérience. On reconnaît la présence de l'iode en additionnant la salive d'une certaine quantité d'eau amidonnée, et ensuite en versant quelques gouttes d'acide nitrique fumant. La présence de l'iode est aussitôt révélée dès qu'apparaît un précipité rougeâtre d'abord, puis bleu (iodure d'amidon).

« Mais, pour que l'expérience soit concluante, il faut : 1° que le malade ne soit pas soumis depuis quelque temps à la médication iodurée ; 2° qu'il n'ait pas pris, un peu avant ou pendant l'expérience, du bicarbonate de soude. »

Ce procédé dispense de l'emploi de la sonde stomacale, à laquelle bien des malades ne veulent pas consentir.

Le diagnostic ainsi vérifié, on institue le traitement :

A. Pour *l'hyperchlorhydrie*, le régime alimentaire doit être la base du traitement. Il sera exclusivement lacté, tout d'abord, dans l'hyperchlorhydrie d'emblée.

Le lait sera administré selon la méthode de Karell : au début, les malades ne prendront par 24 heures que trois ou quatre doses de 60 à 200 grammes de lait écrémé, à des intervalles égaux ; la quantité en sera progressivement élevée jusqu'à 2 litres.

Le régime lacté est également de rigueur pendant un temps assez long, — on le sait depuis Cruveilhier — dans l'hyperpepsie compliquée d'ulcère stomacal.

Plus tard, au fur et à mesure de l'amélioration de l'état gastrique, on permettra aux malades les aliments inscrits au premier régime de Leube, puis successivement aux régimes suivants :

Régime 1. — Bouillon, solution de viande, lait, œufs mollets et crus, biscuits non sucrés, eau pure ou minérale et gazeuse.

Régime 2. — Cervelle de veau bouillie, ris de veau bouilli, poulet bouilli, pigeon bouilli, pied de veau bouilli, volailles jeunes, dont on ne doit pas manger la peau, soupes bien trempées au repas du soir, bouillie au lait préparée avec du tapioca et des œufs battus.

Régime 3. — Bœuf à moitié ou complètement cru, bœuf saignant, pulpe rôtie dans du beurre frais, jambon maigre, rôti de la même façon, un peu de purée de pomme de terre, un peu de pain blanc pas trop frais, à titre d'essai, faibles doses de thé ou de café avec du lait.

Régime 4. — Poulet et pigeon rôtis, chevreuil, perdrix, un peu de lièvre, rosbif saignant surtout froid, veau rôti, brochet, macaroni, bouillie de riz au lait.

Dans les cas légers et moyens, le régime lacté pourra être évité, et d'emblée, suivant les circonstances, on permettra le régime 1 ou les deux premiers régimes.

Les seuls médicaments utiles sont les alcalins pris d'une façon discontinue et particulièrement efficaces ingérés en solution naturelle.

Mais un grand nombre de moyens thérapeutiques peuvent intervenir pour le grand profit des malades : il en est ainsi du maillot humide, des pédiluves chauds, des bains alcalins, des lotions

et des douches suivies de frictions ; ainsi encore du massage et de l'électricité qui sont commandés pour la dilatation stomacale souvent coexistante ; ainsi enfin des lavages stomacaux.

Les lavages sont indiqués pour l'existence des fermentations anomales et pour la gastrosuccorrhée. M. Hayem les prescrit le matin à jeun et recommande pour les pratiquer l'acide salicylique en solution à 1/1000.

Sous l'influence de cette médication les cas légers guérissent aisément et les cas moyens s'amendent vite ; mais les sérieux offrent une grande résistance et le plus souvent les malades doivent demeurer pour ainsi dire indéfiniment soumis à un régime assez sévère, s'ils veulent maintenir une amélioration péniblement conquise.

B. Contre *l'hyperacidité organique*, on fera toujours usage du lait à la place du vin, aux repas ; on ajoutera les médicaments absorbants, antiacides, la poudre de magnésie associée au charbon de Belloc et à la craie préparée, sous forme de cachets à prendre au commencement des repas, le salol, le naphtol, le benzonapthol peuvent être adjoints aux poudres absorbantes comme antiseptiques stomacaux.

L'acide chlorhydrique en solution aqueuse à 2 grammes pour 200, doit être donné à la dose d'une cuillerée à dessert dix minutes après chaque repas ; on peut lui associer la teinture de noix vomique à la dose de cinq gouttes dans chaque cuillerée acide.

C. Dans *l'hypochlorhydrie*, on se trouvera bien de l'application des régimes de Leube.

Aucun médicament n'est indispensable : toutefois, la pepsine, la papaïne, les alcalins pris avant les repas peuvent être prescrits d'une façon efficace.

La dilatation stomacale, beaucoup plus fréquente que dans l'hyperpepsie, réclame le massage, l'électricité, l'usage de la strychnine ; les fermentations anomales sont avantageusement combattues par l'administration de l'acide chlorhydrique et par les lavages faits avec une solution d'acide salicylique, d'acide borique ou de benzoate de soude.

La médication de l'apepsie consiste essentiellement dans la cure képhirique. Si l'apepsie s'accompagne de diarrhée, les malades doivent suivre le régime képhirique exclusif et ingérer de 2 à 5 bouteilles de képhir par jour (Gilbert).

Dans les autres cas, le régime doit être mixte : les malades prendront tout d'abord par jour une bouteille de képhir en 3 portions, la première entre les deux déjeuners, la seconde entre le déjeuner et le dîner, la troisième le soir. La dose sera progressivement augmentée. A partir de deux bouteilles, les malades consommeront une partie du képhir aux repas et une partie en dehors des repas. Bien entendu, les aliments permis pendant ce régime mixte seront choisis parmi ceux dont la digestion est le plus facile.

Sous l'influence du képhir l'apepsie se modifie assez fréquemment dans un sens favorable. Quelquefois elle se montre rebelle et incurable ; toute autre médication échoue alors pareillement, et le mieux est de se borner à recommander une bonne hygiène et une alimentation choisie.

A propos du traitement alcalin des dyspepsies, rappelons les conclusions d'un travail de M. *Frémont*, de Vichy, conclusions que nous avons rapportées dans le *Concours médical* de 1892, n° 28, page 326 :

1° Une petite dose d'eau alcaline augmente la sécrétion de l'estomac, particulièrement en acide chlorhydrique libre ; une dose forte, diminue, puis fait disparaître l'acide chlorhydrique libre de l'estomac.

2° Une faible dose d'eau alcaline peut faire disparaître les fermentations anormales : une forte dose les augmente. En tout cas, il est utile d'ajouter un antiseptique intestinal à l'eau alcaline employée en lavage.

Ces faits doivent être présents à la mémoire du praticien, qui a à diriger l'emploi de l'eau alcaline chez les malades habitués à en user sans réflexion.

D. La *dyspepsie nervo-motrice* sera traitée de façon variable selon l'état chimique des sécrétions, en tenant compte de la possibilité d'une dilatation coexistante. Mais il ne faudra pas négliger de combattre concurremment les phénomènes nerveux surajoutés.

A la gastralgie on opposera les nervins et les sédatifs bien connus de la douleur :

L'eau chloroformée, l'eau de laurier-cerise, la cocaïne en cachets avec la magnésie.

A l'hystérie gastrique, outre un régime convenable, on opposera les inhalations d'oxygène, l'hydrothérapie et l'électrisation pour combattre les vomissements, les lavages suivis ou non de gavage, pour combattre l'anorexie. Dans les cas graves, l'isolement des malades seul pourra rendre ces moyens d'action efficaces.

A la neurasthénie, enfin, on opposera l'hydrothérapie et la cure de Weir Mitchell (régime lacté et alimention progressive poussée jusqu'à la suralimentation).

La coca et la kola seront d'une grande utilité dans toutes les dyspepsies nerveuses, même d'origine myélitique ou tabétique.

Mais il faut bien le dire, le mieux est encore d'éviter les dyspepsies par une hygiène bien dirigée. L'estomac est un des organes que l'on surmène le plus témérairement. La nature et la quantité des aliments introduits dans ce malheureux estomac ont une grande importance sur le développement des dyspepsies, et cependant comme on en prend peu soin ! que d'excès de table ! que d'écarts de régime ! que d'irrégularité dans les heures des repas !

Dr Paul HUGUENIN.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat de Pont-l'Evêque.

14 mai 1893.

Présents. MM. Prévost, *Président*; Massart, *Secrétaire* ; Gilbert, Legoupil, Lenepveu, Marais, Rachet.

Excusés : MM. Wail, Durel, Lamarre, Parcunet.

Le Président donne lecture d'une lettre du Syndicat de Caen lui demandant d'examiner un projet de règlement sur l'assistance médicale gratuite dans le Calvados.

Le Syndicat examine ce projet et l'adopte avec diverses modifications.

Sociétés de Secours Mutuels.

Sous la réserve de ses droits et en se conformant à ce qui a été fait généralement dans les divers syndicats, le Syndicat, convaincu qu'il est difficile d'imposer d'une façon absolue et obligatoire le paiement à la visite et le choix libre du médecin, bien que ce soit le but à atteindre, décide de respecter les conventions existant jusqu'à ce jour dans les localités où fonctionnent ces sociétés. Il n'en serait plus de même pour les sociétés qui viendraient à se fonder ; ou bien encore dans le cas où il y aurait un changement de médecin pour une raison quelconque.

Dans ce dernier cas (changement de médecin), les membres syndiqués ne pourront prendre aucun engagement sans avoir au préalable demandé l'avis du syndicat, avis auquel ils auront à se conformer.

Vis-à-vis des Sociétés qui se fonderaient, le choix des médecins restera à chaque malade, et le prix de la visite sera fixé à 2 francs.

Les opérations feront l'objet d'un tarif spécial. Dans le cas où le système d'abonnement serait reconnu indispensable, les propositions ne pourront être acceptées qu'après approbation du Syndicat.

Assurances-Accidents.

Les rapports des médecins avec les Compagnies d'assurances-accidents seront réglés d'après les bases acceptées vis-à-vis des Sociétés de Secours-Mutuels.

En aucun cas, les médecins syndiqués ne doivent accepter de contrat où ils seraient payés par sinistre.

Assurances-Vie.

Les examens, certificats et rapports seront taxés au tarif uniforme de *vingt francs* conformément aux tarifs acceptés par la plupart des Syndicats.

Notes d'honoraires.

Les notes d'honoraires seront adressées, tous les *six mois, à tous* les clients indistinctement, sauf à ceux en cours de traitement.

Cotisations.

Le trésorier est autorisé à faire toucher par la poste, dans le délai d'un mois de la publication du présent procès-verbal, dans le journal de l'*Union des Syndicats*, les cotisations en y ajoutant 0 fr. 60, pour frais.

Absence des Réunions.

Les membres du Syndicat, qui viennent aux réunions, font un sacrifice de temps et d'argent dont s'exemptent les membres absents. Il est voté à l'unanimité que tout membre absent aura à verser une indemnité de cinq francs par absence. Cette somme sera perçue par les soins du trésorier au profit de la Caisse du Syndicat.

Le Secrétaire,
E. MASSART.

Syndicat médical de la ville et de l'arrondissement de Toulon.

20 *mai* 1893.

Le Docteur J. Moursac a ouvert la séance en prononçant le discours suivant :

Messieurs,

Je dois à ma bonne volonté et un peu aussi à mon âge, comme doyen du bureau provisoire d'organisation du syndicat professionnel des médecins de Toulon, l'honneur de présider, à sa première heure, cette réunion où doivent être établies les bases de ce syndicat.

N'ayant jamais eu dans mon existence l'occasion de remplir une telle mission, je vous demande toute votre indulgence, pour pouvoir, avec votre précieux concours, mener à bien la tâche que mes confrères du bureau provisoire et moi, nous nous sommes imposée.

Je ne m'arrêterai pas à exposer devant vous les diverses et multiples considérations qui militent en faveur de la constitution d'un syndicat médical à Toulon et dans les communes limitrophes. Elles sont connues, je l'espère, de vous tous. Le journal le *Concours médical*, qui est le promoteur de la création des nombreux syndicats existant actuellement dans la plupart des départements français et qui est en même temps inspirateur de la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine, qui autorise leur fonctionnement, les a trop longuement développées dans le cours de ces dernières années, pour qu'à mon tour, j'aie besoin de vous les rappeler.

Est-ce que, d'ailleurs, tout le monde ne se syndique pas aujourd'hui ? A côté des syndicats ouvriers, ne voyez-vous pas, même à Toulon, les gens qui touchent de près à notre profession, pharmaciens et accoucheurs, éprouver le besoin de se syndiquer pour assurer à leurs membres certains avantages qu'ils ne seraient pas sûrs d'avoir, si chacun d'eux était livré à la mêlée commune avec ses propres moyens ? Pourquoi n'en serait-il pas de même pour les médecins, qui ont, non seulement à lutter contre les exigences du client, mais encore à se défendre contre les tendances envahissantes de certains membres de la corporation médicale voisine dont je viens de parler, c'est-à-dire contre certains pharmaciens et certains accoucheurs ?

Est-il donc si difficile de trouver pour nous, médecins, un terrain d'entente qui nous permette de nous unir pour la défense commune ?

C'est, parce que nous avons été persuadés, que cette entente était possible, que nous nous sommes mis, mes collègues du bureau et moi, résolument à l'œuvre, écartant de notre route, ce qui pouvait nous désunir. Notre idée dominante a donc été, dans le travail que nous allons soumettre à votre appréciation, de concilier tous les intérêts quels qu'ils soient, aussi bien ceux du médecin que du client, du pauvre que du riche, des membres d'une société de secours mutuels que de ceux qui n'ont pas l'avantage d'y appartenir.

Quels sont donc les points sur lesquels il est permis à *Toulon*, de voir se réaliser l'union dont je parlais tantôt, car nous tenons expressément à laisser de côté, ceux qui pourraient nous diviser ?

Eh bien, ces points peuvent être groupés autour des trois suivants : 1° Poursuite de l'exercice illégal de la médecine, d'où qu'il vienne, par un bureau représentant le corps médical entier de la ville de Toulon et de son arrondissement, agissant en son propre nom au lieu et place du médecin isolé, victime de cet exercice illégal.

2° Amélioration de la situation tant individuelle que collective des membres du syndicat par l'établissement et l'adoption :

d'un tarif *consultatif* d'honoraires ;

d'une *liste de clients*, qui, en situation de rétribuer le médecin, se sont soustraits à ce devoir ;

d'une *règle de conduite uniforme à l'égard des sociétés de secours mutuels* ou autres collectivités.

3° Etablissement d'une *commission arbitrale* chargée de résoudre les conflits entres médecins et clients et de soutenir les médecins syndiqués par la légitime revendication de leurs droits devant la *Justice* et devant les autres juridictions administratives du pays, préfecture, mairie, bureau de bienfaisance, etc.

Nous estimons que l'action du syndicat, limitée à ces points et à quelques autres secondaires, que nous signalons, en passant, suffira pour relever la profession de l'état pénible dans lequel elle se trouve à Toulon et pour sauvegarder nos intérêts.

Je vais maintenant en quelques mots vous faire connaître la règle de conduite, qui nous a guidés dans la rédaction des divers projets de statuts et de règlements que le bureau provisoire d'organisation du syndicat va avoir l'honneur de soumettre à votre vote.

Je dois tout d'abord déclarer que nous avons cru inutile d'aller chercher bien loin des modèles de statuts et de règlements de syndicat, lorsque nous avions près de nous, ceux de la grande ville de Marseille, dont le syndicat fonctionne déjà depuis de longues années à la satisfaction générale des intéressés et ensuite parce que leurs statuts ont été l'objet de nombreuses modifications, dont la plus récente remonte à cette année même.

J'adresse ici tous mes remerciements à M. le Président du syndicat de cette ville M. le docteur Jubiot et à son secrétaire général M. le Dr Brouillon, pour l'accueil bienveillant qu'ils ont fait à nos demandes de renseignements. J'envoie les mêmes remercîments au président du syndicat du Finistère, M. le Dr Maréchal, pour les documents nombreux qu'il m'a fait parvenir touchant les relations de son syndicat avec la population maritime de Brest et avec le bureau de bienfaisance de cette ville.

Inutile d'ajouter que le *Concours médical* a particulièrement droit à toute notre gratitude pour ses bons offices dans l'organisation de notre syndicat par ses envois d'imprimés et bulletins des syndicats médicaux de France.

Le bureau provisoire d'organisation du syndicat médical de Toulon vous propose donc d'adopter les statuts et les règlements du syndicat de la ville de Marseille avec quelques modifications dictées par les circonstances locales et dont les plus importantes sont :

Ajouter au 3e paragraphe, article 5, un alinéa : 1° qui ne permet qu'au *seul médecin exerçant activement la médecine payant patente et régulièrement inscrit à la sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de Toulon* (*suivant article* 9 de la loi Chevandier du 1 décembre 1892) le droit de faire partie du syndicat; 2° et qui autorise le syndicat à admettre dans son sein avec *voix consultative et à titre de membre honoraire* le medecin n'exerçant plus la Médecine civile et voulant favoriser le développement du syndicat de cotisations volontaires.

Le *Tarif des honoraires* que le bureau a l'honneur de vous soumettre a été fait, d'après les divers tarifs publiés dans le *Concours médical* et modifié suivant les conditions particulières de fortune existant à Toulon. Il est, comme à Marseille, purement *consultatif* et n'a qu'un but : celui de servir de base dans le cas de différents entre les médecins et clients et entre les médecins et la *Justice*. Tout médecin syndiqué sera libre de le modifier suivant les conditions de fortune et les charges de ses clients.

A ce tarif d'honoraires est annexé un règlement portant : 1° la création d'un *cahier noir*, encore mieux appelé suivant les conseils judicieux du *Concours médical, cahier de renseignements*, pour les clients insolvables par mauvaise volonté ; 2° d'une *agence de recouvrements* établie suivant le modèle de celle qui fonctionne à Marseille.

J'arrive maintenant au travail le plus important fait par la commission provisoire d'organisation du syndicat, c'est celui qui a trait aux *rapports des médecins du syndicat avec les sociétés de secours mutuels ou autres*. La pensée qui nous a guidé dans la rédaction de ces règlements, a été d'arriver graduellement, par extinction de fonction, pour les médecins titulaires de ces sociétés, suivant les conseils du Concours médical, à la suppression de l'abonnement à l'année et au payement à la visite. C'est le régime de la liberté, pour le client, de prendre le médecin de son choix et du payement à la visite pour le médecin. Le bureau a maintenu le prix de la visite pour les sociétés à 1 fr. 50, c'est-à-dire à un chiffre qui a subi la réduction d'un quart sur le prix de la 4e classe du tarif des honoraires ; seulement il fait payer à ces sociétés les visites de soir, de nuit, les petites opérations, les consultations, etc., suivant un tarif porté à la colonne 5 du tarif des honoraires et établi toujours d'après réduction d'un quart sur les prix de la 4e classe. Le bureau poursuit dans son règlement l'éviction des personnes qui, n'appartenant pas à la classe ouvrière proprement dite, profitent cependant des tarifs réduits accordés à cette classe. Enfin il propose certaines autres modifications d'ordre secondaire qui vous seront soumises dans un instant.

Le bureau provisoire a pensé ensuite devoir tracer un programme de *réorganisation du service d'assistance publique*, à réaliser dans un temps plus ou moins éloigné, tout en respectant les situations médicales acquises, et conformément à ce qui se fait dans la Loire-Inférieure et dans la Manche. Vous n'ignorez pas, du reste, que cette étude s'impose pour nous, car la loi sur l'Assistance publique est en ce moment à l'étude dans l'une des Chambres et qu'il faudra bien un jour ou l'autre se décider à la faire fonctionner à Toulon à la satisfaction des pauvres et des médecins. Ici, encore, le principe adopté par nous a été le suivant : Tout pauvre doit pouvoir se faire soigner par le médecin de son choix, si celui-ci y consent et inversement tout médecin doit pouvoir donner, s'il le désire, ses soins aux pauvres et toucher une certaine rémunération pour sa peine.

Le travail du bureau se termine enfin, par quelques considérations sur un *service médical de nuit* à établir à Toulon, sur un *règlement relatif aux usages professionnels*, sur quelques autres propositions secondaires, enfin, sur *l'adhésion du syndicat à l'Union des syndicats médicaux de France*, ainsi que l'ont fait la plupart des autres syndicats des départements.

Suivent quelques propositions au sujet de la discussion des articles du Projet de statuts et règlements, dont lecture est donnée et le vote renvoyé à la séance prochaine.

Enfin, il est procédé à la constitution du bureau définitif qui est ainsi constitué :

Président : M. le Dr Pellegrin, *de Toulon*.
Vice-Président : M. le Dr Costé, *de Toulon*.
Secrétaire général : M. le Dr Moursac, *de Toulon*.
Trésorier : M. le Dr Pascal, *de Toulon*.
Conseillers : MM. les Drs Long, *de Toulon*; Loro, *de La-Seyne-Tamaris* ; Zalzal, *de La Crau* (*Var*), Garcin, *d'Ollioules*.

Ont adhéré au syndicat :

MM. les docteurs : Aube, Antoine, Aubin, *de Toulon* ; Blanc, de *La Garde* (*Var*) ; Bernard ; Boulain, Bouisson, Brieu, Carence, Chapuis, Daspres, Delahaye, Fouque, Guiol J. J. M., Guiol (*de Plaisance*), Jouany, Latière, Manoël; Marquez, *d'Hyères*, Ollivier, Petit-Didier, Rey-Escudier, *de Toulon* ; Ricay, *de Carnoules* ; Viau, *de Toulon*.

REPORTAGE MÉDICAL

La statue de Théophraste Renaudot. — C'est le 4 juin qu'a été inauguré en grande pompe le monument élevé à Théophraste Renaudot, dans la rue de Lutèce, entre le Palais-de-Justice et l'Hôtel-Dieu, qui est l'œuvre du grand sculpteur Alfred Boucher.

Intelligence féconde, novateur entreprenant et

audacieux, il eut comme ennemis tous ceux qui ne pouvaient admettre qu'on changeât quoi que ce soit au vieil ordre de choses : aussi a-t-il dû attendre longtemps qu'on lui rendît justice. M. Dupuy, président du conseil des ministres, a bien esquissé les divers mérites de Renaudot : médecin, il secoue le joug de l'école, et, tout en respectant les anciens, il veut qu'on accorde davantage à l'observation et l'expérimentation ; il devient un véritable chef d'école très combattu et très écouté ; — il fonde un établissement de consultations gratuites, premier essai d'assistance publique à domicile ; — il essaie d'introduire en France l'institution des Monts-de-Piété ; il crée un bureau d'adresses et de rencontres, pour faciliter le placement des personnes en quête de travail : c'est de là que sont nés les bureaux de placement ; — il créa aussi en 1637 un bureau de ventes qui fut le premier Hôtel des ventes ; — puis naît la *Gazette* qui devient rapidement un organe d'informations et un journal ; ce fut le premier journal fondé en France.

Cette énumération montre dans quel injuste oubli avait été laissé Théophraste Renaudot ; et cette journée d'inauguration est un grand honneur pour le comité de souscription et surtout pour son secrétaire, le Dr Gilles de la Tourette, qui en a été l'initiateur. La remise de la statue a été faite au nom du comité par M. Jules Claretie. M. Alphonse Humbert, le nouveau président du Conseil municipal, a répondu et remercié les souscripteurs au nom de la ville de Paris.

Nous ne pouvons reproduire les nombreux discours que l'on a prononcés. Bornons-nous à dire que M. le Doyen de la faculté a su, comme toujours, se concilier les suffrages de l'Assemblée. Il a reconnu les services incomparables rendus par *Renaudot*, l'a vengé des persécutions de *Guy-Patin* et a fait toucher du doigt les différences qui distinguent la faculté de médecine qu'il dirige de la faculté antique, fermée, stationnaire, tandis que celle de 1893 est apte à tous les progrès.

M. *Cadet de Gassicourt*, au nom du *Syndicat de la presse médicale*, a rendu à Renaudot, médecin, le tribut de reconnaissance qu'il mérite. Et enfin M. le professeur *Grasset*, en disant qu'on aurait pu au bas du buste inscrire l'épigraphe « *Gloria victis* », a montré Renaudot persécuté et triomphant, puisque ses ennemis : Parlements, Ecoles, etc., se sont, au bout de 2 siècles, coalisés pour lui élever une statue.

Le professeur de Montpellier a terminé en disant aux jeunes :

Si jamais, dans les luttes quotidiennes de la vie, vous sentiez le découragement ou la désespérance faire le siège de votre âme, élevez votre regard vers la statue de Renaudot : vous y lirez que la force ne prime rien, que le droit fait tout et que, quelles que soient les défaites d'un jour, la victoire définitive, la vraie, la seule, est toujours à l'individualité puissante qui cherche le bien de tous par le travail personnel et indépendant.

Le discours de M. Grasset est vivement applaudi par l'assistance.

A ce moment M. Charles Dupuy attache à la boutonnière de notre collègue *Gilles de la Tourette*, membre du Syndicat de la presse médicale, les insignes de la Légion d'honneur. (Applaudissements.)

— Un syndicat médical s'est constitué le 4 juin, à *Cambrai*. C'est M. le Dr Millot, l'un des délégués, qui veut bien nous annoncer cette bonne nouvelle.

— M. le Dr Houdard, de Pontarlier, membre du *Concours*, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur, par décret du 3 juin 1893.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3800. — M. le Dr Abramovitsch, de Paris, présenté par M. le Dr Billet, de Berteaucourt-les-Dames (Somme).

N° 3801. — M. le Dr Desleau de Champignelles (Yonne), présenté par M. le Dr Viciot.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Bonnefon, de Saint-Gengoux-le-National (Saône-et-Loire), Lober, de Lille, Badin, de Vienne (Isère), Gard, de Toulouse, Fleurot, de Val-d'Ajol (Vosges).

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'Ecole de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

Libraire-éditeur du **« Concours médical »**, la Société se charge de prendre tous les abonnements pour le compte de ses clients, de donner gracieusement tous renseignements sur devis d'impressions, ouvrages, etc. De plus, tous les genres d'ouvrages anciens ou nouveaux, médecine, science, littérature, voyages, etc., seront fournis aux membres du Concours médical avec une réduction de 20 % sur les prix marqués, frais de port et recouvrement, s'il y a lieu, à la charge du destinataire.

Vient de paraître :

La voix, le chant et la parole. Guide pratique du chanteur et de l'orateur, de Lennox Browne et Behnke, traduit de la *quatorzième* édition anglaise, par le Dr Paul Garnauet, docteur ès sciences naturelles, bel in-8° cartonné à l'anglaise de 350 pages, illustré de très nombreuses figures.

Prix **8** fr., net **6** fr. **40** *franco* pour MM. les membres du Concours médical.

« Ce traité devait être entre les mains de tous, non seulement des professionnels et des amateurs, mais de la généralité des gens instruits. Tous se servent, à des degrés divers, de leur organe vocal, tous ont donc besoin de savoir comment cet instrument délicat est construit et comment il doit fonctionner.

Dans ces dernières années on a démontré combien grande était l'importance d'une bonne méthode de respiration pour le bon fonctionnement de la voix, qu'une mauvaise méthode de respiration et de phonation était la cause la plus fréquente de nombreuses affections qui, par un retour fatal des choses, entraînaient la perte de la voix et même celle de la santé générale ; on a encore démontré combien il était nécessaire pour la voix et pour la santé de faire disparaître le plus tôt possible toutes les causes d'obstruction qui siègent dans les voies respiratoires supérieures. Lorsque ces notions auront pénétré dans les masses, l'humanité aura fait un pas de géant dans la voie du progrès hygiénique. Ce n'est que lorsque l'homme, l'enfant, auront appris à bien respirer et que le médecin saura débarrasser le dernier de nos petits paysans des obstacles qui l'empêchent de se saturer d'oxygène, que l'on pourra faire une guerre efficace à la phtisie, à la scrofule et au rachitisme. »

(*Extrait de la préface du traducteur.*)

Ajoutons que jamais en France il n'a encore été publié un ouvrage sur la Respiration aussi clair, aussi précis, aussi logique et aussi parfaitement didactique que celui des deux *maîtres* de Londres. Les excellentes figures dont le volume est abondamment fourni le rendent extrêmement précieux pour le praticien.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

La Ligue nationale de la Prévoyance et de la Mutualité.

L'idée de cette Ligue prit naissance en 1887 ; elle se formula au Congrès national de la Mutualité. Ses promoteurs furent MM. H. Maze député, et Jules Arboux, secrétaire général du Congrès de la Mutualité en 1889 ; elle fut constituée le 12 juin 1890, en une réunion à la mairie du VIe arrondissement, à laquelle assistaient députés, sénateurs, maires, conseillers municipaux, journalistes, présidents de Sociétés de secours, etc...

M. Le Président de la République, M. Chauchard, M. Moigneu, firent à la Ligue de généreux dons, et le 21 juin, une assemblée générale en votait les statuts. Elle fut autorisée, en septembre, et à la fin de 1891, elle comptait plus de cinq cents membres.

La même année, MM. Maze et Arboux faisaient leurs rapports sur la situation morale et matérielle de la Ligue, qui perdait son président le 25 octobre. Il fut remplacé par l'un des vice-présidents de la Chambre, M. Auguste Burdeau, député du Rhône.

La Ligue vient de tenir sa quatrième assemblée générale le dimanche 4 juin, sous la présidence du docteur Lourties, sénateur, entouré de MM. Burdeau, ancien ministre, Cheysson, inspecteur général des ponts et chaussées, Carlon, président de la Société de protection mutuelle des voyageurs de commerce, Henri Labeyrie, directeur général des dépôts et consignations, trésorier de la Ligue, et Jules Arboux, secrétaire général.

La séance a duré près de trois heures, et des questions du plus haut intérêt pour les mutualistes y ont été agitées.

Après des rapports très écoutés de MM. Labeyrie et Arboux, le président, M. Lourties, a pris la parole et a exposé ce qu'à son avis doivent faire les Sociétés de secours mutuels pour tenir toutes leurs promesses, sans trop compter sur le concours de l'Etat.

M. Dennery a demandé à l'assemblée de s'associer au vote récent par lequel une réunion de mutualistes a réclamé l'ajournement du projet sur les sociétés de secours mutuels actuellement soumis au Parlement. M. Audiffred, député, a combattu cette proposition et s'est attaché à démontrer que si ce projet réduit le taux de l'intérêt, il donne en revanche la liberté aux sociétés.

La séance a pris fin sur un important discours de M. Burdeau, qui, avec une élégante précision, a défini le rôle des associations de secours mutuels dans la société actuelle, où elles multiplient les petits capitalistes et les petits propriétaires. L'ancien ministre a insisté sur l'influence que peuvent avoir ces associations sur le grand mouvement de conciliation qui se produit en ce moment, puisqu'elles concourent à la suppression progressive des distances entre les classes sociales.

Pourquoi avons-nous fait ce bref historique ? Nous voulions parler à nos lecteurs de la Ligue, parce qu'il peut en résulter un grand bien pour les diverses associations de Mutualité et de Prévoyance fondées par le *Concours médical*, qui est lui-même une œuvre de mutualité.

Le Concours médical, les Syndicats, leur union, auront bénéfice à se tenir au courant des travaux de la Ligue. En effet, nous lisons dans les statuts :

Art. Ier. — La Ligue a pour but de propager et d'appliquer en France, dans les villes et dans les campagnes, les idées de prévoyance et de mutualité.

Elle cherche à grouper tous les Français et toutes les Françaises qui veulent travailler, par ces moyens, à la paix sociale ; elle cherche spécialement à établir entre les promoteurs, direc-

teurs, présidents et administrateurs des œuvres de prévoyance, des relations fréquentes et à leur fournir des moyens d'action.

Elle s'efforce d'éclairer le public, sur les institutions et associations déjà existantes ; elle provoque ou seconde la création d'institutions et associations nouvelles.

Elle s'interdit toute discussion politique et religieuse.

Elle a son siège à Paris, actuellement, rue du Cherche-Midi, n° 19.

Art. 7. — Les moyens d'action de la Ligue sont :

1° La communication au public, soit directement, soit par correspondance, de tous renseignements, documents, statuts, comptes-rendus, etc., concernant les institutions et associations de prévoyance et de mutualité ;

2° Le fonctionnement d'un service spécial d'informations et de vérifications scientifiques, qui sera confié à des actuaires ;

3° L'organisation de conférences et réunions :

4° La publication d'un *Bulletin* selon les besoins de l'Association ;

5° L'organisation d'expositions et de concours d'économie sociale ;

6° Des encouragements de tous genres, même pécuniaires, aux institutions et associations que le *Conseil central* en aura jugées le plus dignes.

Les encouragements pécuniaires ne peuvent être concédés que dans la limite des disponibilités annuelles du budget de la Ligue et sans jamais engager plus d'un exercice.

Notre confrère, le docteur Porson, président de l'Union, a assisté à la dernière assemblée de la Ligue, et il a estimé que nous devions nous mettre en relations avec elle, en vue des sociétés que nous avons établies et de celles que le Concours prépare.

De nos conversations avec le secrétaire général, M. Arboux, il est résulté pour nous, cette conviction, que nous pouvions faire figure dans la Ligue, et le conseil de Direction a décidé d'affilier le Concours médical et, s'il y avait lieu, les diverses œuvres de notre Société.

Il est opportun de discuter avec méthode la très grave question des *rapports du corps médical* avec les sociétés de secours mutuels. Si une entente, souhaitable à tous égards, doit jamais se produire, elle ne peut naître et s'établir sur des bases solides, que par une discussion avec les représentants autorisés des sociétés de secours mutuels, avec leurs conseils et leurs guides. Le rôle que la Ligue remplit vis-à-vis des mutuellistes, de guide désintéressé, de modérateur, de sage directeur, nous voulons le mettre à contribution dans l'intérêt de nos confrères.

Car, en général, ils ont affaire aux bureaux de Sociétés plus ou moins récentes, plus ou moins bien dirigées, souvent créées pour les besoins d'une cause politique ou autre.

Il est indispensable, aujourd'hui, que nous trouvons à qui parler, de rechercher, avec les dignitaires de la Ligue, les termes d'un contrat entre médecins et sociétés, acceptable pour les deux parties. Il faut savoir si le corps médical doit continuer ses rapports, vieux de quarante-trois années, avec les sociétés de prévoyance et de secours mutuels, ou s'il doit se résoudre à leur refuser son assistance et ses bienfaits, et les traiter sur le pied de toutes les autres collectivités.

A notre avis, l'entente est souhaitable, digne des idées philanthropiques et libérales professées par l'immense majorité des médecins; nous accepterons de la continuer, si les sociétés reconnaissent qu'il est de leur devoir d'honorer le médecin de leur mieux pécuniairement et moralement. Elles sauront, espérons-le, tenir compte de faits qu'elles ignorent bien souvent, faits établis par notre collaborateur, le docteur *Béraud* (de Charlieu), dans les lettres qu'il nous adressait en 1881.

« Une pensée de philanthropie, de charité, de fraternité, a présidé à l'origine des sociétés de secours mutuels ; aussi à ce moment le corps médical offrit-il son concours.

Aujourd'hui, le nombre des *membres honoraires* diminue, n'est plus dans la proportion primitive.

Il n'est plus guère question que de s'assurer les soins médicaux à bas prix ; les diverses couches sociales participent effectivement aux mutuelles. Ouvrières à l'origine, elles deviennent des *sociétés d'assurance.* »

Nous ne trouvons pas blâmable cette transformation ; au contraire, elle est plus digne; mais il faut alors changer les termes du contrat ancien.

Sur les 92 millions que possédaient les sociétés de secours en 1880, plus de la moitié provient des abandons que le corps médical a faits sur ses honoraires, réduits à la plus simple expression.

Un donateur de cinquante millions a le droit, assurément, de discuter les conditions d'un contrat ancien qu'il faut établir de façon équitable.

Cette révision peut se faire avec grandes chances de succès, si elle s'opère par des arbitres désintéressés, capables d'examiner de très haut les éléments de l'accord à intervenir. Ces arbitres sont d'une part :

Les dignitaires de la Ligue nationale de la prévoyance et de la mutualité, et notamment la deuxième section, celle des sociétés de secours mutuels et de retraites (Président : M. Paul Delombre ; secrétaires ; MM. Demont et Lemonnier); d'autre part : le Conseil de direction du Concours médical, les présidents des syndicats médicaux et les membres du bureau de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Nous dirons prochainement sur quelles bases il nous apparaît qu'un accord peut intervenir, et les membres de la Ligue peuvent être certains que notre bonne volonté, à tous, sera à la hauteur de celle que nous leur réclamons, puisque, nous ne voulons, comme eux, que le bien des *Œuvres de prévoyance et de mutualité.*

A. Cézilly.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les bouchons cérumineux de l'oreille et leur diagnostic.

Il est extrêmement fréquent d'observer chez les personnes dont le cérumen auriculaire est très épais des concrétions cérumineuses plus ou moins volumineuses qui, par leur présence, pro-

duisent toute une série de complications, parfois assez alarmantes.

Outre la surdité brusque, qu'ils produisent par leur accumulation et leur déplacement contre le tympan, ces bouchons durs peuvent amener de vives douleurs d'oreilles, des tintements, des bourdonnements, des migraines mêmes ; à la longue ils entraînent la surdité complète par leur cohésion avec le tympan, quelquefois des abcès glandulaires, de l'otite externe et même de l'otite moyenne suppurée.

Le traitement en est cependant fort simple, et généralement merveilleux. Telle personne sourde depuis 10 ans peut recouvrer l'ouïe en quelques minutes alors qu'elle croyait avoir une infirmité incurable. M. le *Dr Gellé* conseille de ne jamais oublier de les rechercher, chez toute personne affectée de surdité, surtout sans otite, et sans cause vraiment bien élucidée.

On emploie les injections très chaudes à 35 ou 40 degrés d'eau alcaline à 3 grammes de bicarbonate de soude par litre d'eau. L'injection est faite au moyen d'une grosse seringue ou d'un irrigateur Eguisier, muni d'une canule spéciale cônique, très allongée et fine à l'extrémité ; cette canule se fait généralement en gomme, comme les bougies uréthrales. On lance le jet, brusquement, en introduisant la canule peu à peu jusqu'au fond du conduit auditif et en recommandant au patient, d'incliner l'oreille le plus possible en bas. Si le bouchon ne sort pas, c'est qu'il est trop dur et comme incrusté dans la peau du conduit. Il est bon alors de faire tomber au fond du conduit quelques gouttes de glycérine bien fine, le soir au moment du coucher, de maintenir la glycérine toute la nuit avec un petit tampon et le lendemain matin, de pratiquer une injection chaude alcaline, à laquelle le bouchon ne résiste plus.

Traitement des abcès du sinus maxillaire.

Nous avons donné, dans un précédent numéro (1), un aperçu clinique des suppurations du sinus maxillaire ; aujourd'hui, nous demandons la permission de compléter cette étude par quelques réflexions sur la conduite à tenir en présence de cette affection dûment diagnostiquée. C'est la *Revue de Laryngologie du Dr Moure*, qui nous donne ces précieuses indications :

Tout d'abord, il faut séparer les cas de sinusite qui peuvent être avec raison supposés d'origine nasale de ceux qui ne peuvent laisser aucun doute sur l'origine dentaire.

Dans le premier cas, il est sage d'essayer, pendant un certain temps, les lavages simples, après avoir détergé avec soin le méat moyen, enlevé les productions polypoïdes, diminué le gonflement de la muqueuse. On n'oubliera pas que Garel, Nicolaï, ont obtenu des guérisons par ce procédé simple ; que Jelenffy en a obtenu également en combinant les lavages avec des positions variées de la tête, permettant l'accès plus facile du liquide.

Dans le même cas, on pourra avoir recours aux procédés de cathétérisme par l'ouverture normale ; mais, il ne faut pas s'attarder trop longtemps à ces moyens, si leur emploi est infructueux, et il faut recourir à l'ouverture par le méat inférieur.

(1) *Concours médical*, n° 13, 1893, page 147.

Les dents sont-elles au contraire la cause de la suppuration, il faudra exiger le sacrifice de la dent malade et choisir le procédé de Cooper. Il est utile, et d'autant plus impérieusement que la suppuration sera plus ancienne, de faire une perforation large, permettant l'accès facile de l'antre : on fait, les premiers jours, de simples lavages boriqués qui irritent peu la muqueuse, suivis d'insufflations à la poudre d'aristol. Au bout de quelques jours, il faut passer à des injections plus antiseptiques : solutions phéniquées à 1 ou 2 pour 100, solutions faibles de sublimé, etc. Le tamponnement à la gaze iodoformée, préconisé par Chiari comme un des meilleurs agents de pansement, est quelquefois mal toléré, en raison de l'odeur et du mauvais goût au moment de l'alimentation. On pourra employer la gaze salolée, la gaze phéniquée ; mais les insufflations sont moins désagréables et mieux supportées que les tampons et pénètrent plus sûrement dans les anfractuosités de l'antre.

La suppuration persiste-t-elle en dépit des pansements, il n'y aura qu'un parti à prendre ? adopter des procédés chirurgicaux dirigés contre les altérations dont la muqueuse et les parois osseuses peuvent être le siége.

Le procédé à employer alors, est l'ouverture par la fosse canine, en se rappelant que cette opération elle-même ne donne pas toujours un résultat décisif. Elle permet, en tout cas, l'examen minutieux de la cavité avec une petite lampe électrique, le curetage de la cavité et l'ablation des parties malades que les lavages médicamenteux ne font que nettoyer. Ce curetage n'est pas toujours chose simple ; il est difficile et il serait même dangereux de pénétrer trop avant dans les prolongements et les anfractuosités de l'antre. La paroi s'amincit quelquefois beaucoup au niveau de ces prolongements, et on s'exposerait à des lésions sérieuses de voisinage. Mais en agissant avec prudence, on pourra enlever des débris de muqueuse épaissie, des foyers caséeux, des fragments nécrosés, briser et détruire des cloisons fibro-cartilagineuses qui rendent tout lavage insuffisant.

L'ouverture par la fosse canine et le curetage donnent quelquefois lieu à une hémorragie assez forte, mais dont on se rendra aisément maître par un tamponnement qu'on laissera en place quelques heures. On se servira d'injections d'eau de Pagliari et de tampon d'ouate imbibés de la même solution.

Malgré ces variétés de procédés, et l'on peut dire que cette variété témoigne de la difficulté de la guérison, on n'est pas assuré, avec la thérapeutique la mieux conduite, les soins assidus, de guérir rapidement ces abcès. La prudence conseille, avant l'intervention, de ne pas promettre au malade un résultat absolu et surtout à bref délai.

Action antipyrétique des badigeonnages de gaïacol.

M. *Bard*, de Lyon, vient de faire une série de recherches sur les effets du gaïacol en badigeonnages externes, pour confirmer les études de Sciolla, de Gênes.

Le mode d'emploi est des plus simples. Le gaïacol pur est un liquide incolore, de consis-

tance légèrement sirupeuse, à peine odorant et qui ne présente aucune action irritante sur la peau. On étend simplement avec un pinceau la dose adoptée sur la surface de peau nécessaire pour l'étaler ; on recouvre d'un peu de tarlatane et d'une toile imperméable.

On pratique les badigeonnages tantôt sur une cuisse, tantôt sur le dos des malades.

Il importe de ne pas employer une trop forte dose de gaïacol, car le médicament a une action si marquée qu'il provoque de l'hypothermie et même du collapsus ; chose curieuse, en injections sous-cutanées ou en pilules, il n'a aucune action antipyrétique. D'ailleurs, il est possible que l'étendue de la surface badigeonnée, que le choix des régions aient une influence indépendante de celle de la dose employée.

La dose suffisante est 1 gr. ou 0,50 centigrammes, à étaler entièrement sur la peau sous forme de badigeonnage.

L'opinion de M. Bard est que ces badigeonnages seront surtout utiles contre la fièvre tuberculeuse ; mais qu'ils pourront aussi rendre des services dans quelques cas d'hyperthermie où l'on voudra disposer d'un abaissement rapide ; peut-être, les localisations rénales constituent-elles une contre-indication dont il faut tenir compte.

Il faut, en effet, se souvenir que ces badigeonnages sont dangereux pour les malades trop affaiblis et trop avancés ; ils ne déterminent pas d'amélioration réelle chez ceux qui présentent de la fièvre hectique, liée à des poussées pneumoniques ou à des suppurations ulcéreuses ; par contre, ils paraissent posséder une puissance efficace et durable contre la fièvre tuberculeuse pure, celle qui relève des poussées de granulations interstitielles.

Diagnostic des anévrysmes de l'aorte.

Le professeur *Potain* insiste souvent, dans ses cliniques, sur la difficulté du diagnostic de l'anévrysme de l'aorte et sur quelques particularités symptomatiques décrites par un médecin anglais.

L'anévrysme de l'aorte est très souvent, on le sait, absolument latent, ou tout au moins donne lieu à des signes si peu caractéristiques, que l'idée même de cette affection se trouve forcément écartée.

Une des raisons pour lesquelles la symptomatologie de l'anévrysme aortique est très variable provient de ce que les signes dus à la compression ne sont nullement en rapport avec le volume de la poche. Certains anévrysmes très volumineux qui déplacent les organes en masse déterminent peu de symptômes ; des anévrysmes petits, exerçant une compression bien localisée, pourront produire des phénomènes beaucoup plus significatifs. De plus, parmi ces phénomènes, il faut distinguer ceux qui sont dus à la compression vraie et ceux qui sont de nature irritative. Les premiers sont continus et par suite généralement plus faciles à interpréter ; les seconds sont au contraire passagers et paroxystiques et leur nature est par suite beaucoup plus difficile à reconnaître. Stokes cite ainsi un malade qui, après des accès douloureux extrêmement violents, reprenait toutes ses occupations et put fournir ainsi une assez longue carrière, interrompue seulement, de temps en temps, par des paroxysmes.

Parmi les signes produits par la compression, un des plus importants, au point de vue du diagnostic, est celui que détermine la compression des bronches, laquelle se fait presque toujours sur la bronche gauche. Il en résulte un signe souvent très précoce qui consiste dans la diminution ou la suppression du murmure vésiculaire d'un côté coïncidant avec la conservation de la sonorité ; souvent il existe en même temps un léger bruit de cornage ; cette symptomatologie toute spéciale doit faire penser aussitôt à l'existence d'un anévrysme.

Mais, de plus, il peut se produire une sorte de secousse trachéale, un abaissement subit de la trachée, perceptible facilement surtout avec le doigt et qui est très caractéristique. Elle est due à la traction exercée sur la trachée par la poche anévrysmale qui, à cheval sur la bronche, détermine une pression à chaque contraction de cœur. Ce mouvement, qui se produit à chaque systole, a une signification très nette. Ce signe vient donc s'ajouter à tous ceux qui, malgré leur nombre, sont loin d'assurer toujours le diagnostic.

La langue grippale.

Dans une récente séance de la Société médicale des hôpitaux, M. *Faisans* a fait un intéressante communication sur l'apparence extérieure de la langue dans la grippe.

La langue dans la grippe n'est altérée ni dans sa forme, ni dans ses dimensions. Elle est toujours humide et ne devient sèche que lorsqu'une complication phlegmasique est imminente ou déjà réalisée.

Ce qui caractérise la langue grippale, c'est une teinte opaline d'un blanc bleuté. Cette coloration est tantôt uniforme, tantôt tachetée, mais elle ne tient pas à un enduit surajouté. Si la grippe s'accompagne de catarrhe des voies digestives, la langue devient plus large, plus épaisse et se recouvre d'un enduit saburral, mais on observe toujours sur ses parties latérales la teinte opaline uniforme ou tachetée. S'il survient une pneumonie, la langue se sèche, mais il est rare que l'on ne puisse pas retrouver vers les bords la coloration caractéristique de la grippe.

La langue opaline apparaît dans les deux ou trois premiers jours de la grippe et elle existe fréquemment dès les premiers malaises ressentis par les malades. Elle dure autant que la maladie elle-même, et elle est souvent le seul signe qui permette de dire que celle-ci n'est pas terminée.

La langue grippale se montre absolument rebelle aux purgatifs de toute espèce, aux vomitifs et aux éméto-cathartiques. Quand il y a coïncidence de langue grippale et de langue gastrique, la médication évacuante fait disparaître souvent l'enduit saburral, mais ne modifie pas la teinte opaline qui ne fait que s'étendre aux parties précédemment recouvertes par cet enduit.

M. Faisans l'appelle *langue porcelanique*, ou d'apparence porcelainée. Cette particularité de coloration s'observe environ neuf fois sur dix, du moins, quand l'épidémie est à son maximum.

« Chez un enfant qu'on croyait atteint de méningite, j'ai pu, grâce à cette coloration, rectifier le diagnostic et affirmer qu'il s'agissait simplement de grippe », dit M. Faisans.

M. *Le Gendre* a observé un grand nombre de fois, dans la grippe, une véritable desquamation linguale, analogue à celle qui se voit dans la scarlatine.

Quel alcool faut-il prescrire dans les potions de Todd?

Nous avons rappelé dernièrement, quel immense avantage on retirait de l'emploi de l'alcool à haute dose dans la pneumonie ; il n'est pas indifférent de rechercher quel alcool il faut prescrire pour ne pas nuire au malade et pour obtenir, au contraire, les effets les plus salutaires. M. *Bovet* a insisté à la Société de thérapeutique sur la nécessité de préciser lorsque nous formulons une potion alcoolique, la nature ou l'origine de l'alcool prescrit. Todd utilisait toujours l'alcool de vin ou la vieille eau-de-vie. Il est difficile, actuellement, de suivre son exemple, lorsqu'on sait la composition exacte des alcools vendus aujourd'hui sous le nom de rhum ou eau-de-vie. Peut-être, dès lors, serait-il préférable d'avoir recours, pour les besoins de la pharmacie, à un alcool unique, purifié par les procédés actuellement si parfaits de la distillation, l'alcool de riz, par exemple, si répandu dans le commerce.

Les eaux-de-vie utilisées par le pharmacien sont fabriquées en général avec des alcools de grain ou de betterave qui, additionnés d'essence de rhum, sont colorés par la teinture de cannelle. Daus cette préparation, l'essence constitue surtout l'élément toxique.

On prescrit ce que l'on est convenu d'appeler l'*alcool bon goût*, c'est-à-dire l'*alcool éthylique*, absolument purifié et débarrassé des alcools supérieurs. C'est en général de l'alcool de maïs, qui possède les mêmes qualités que l'alcool de riz et a l'avantage d'être moins cher.

Nous conclurons donc avec M. Créquy qu'on devra modifier désormais la formule des potions alcooliques et prescrire, au lieu de rhum et d'eau-de-vie, de l'alcool rectifié à 90°, dit alcool bon goût.

Le pansement du cordon ombilical à la glycérine.

M. *Lvow*, de Kazan, préconise un nouveau mode de pansement pour le cordon ombilical du nouveau-né, Généralement, quand on emploie le pansement antiseptique sec, le cordon ne tombe que le 8e ou le 10e jour ; c'est un inconvénient que n'avait pas le vieux pansement à l'huile ou à l'axonge. Mais celui-ci avait bien d'autres désavantages, surtout celui d'être souvent septique et infectieux.

Un pansement idéal serait donc celui qui, tout en ne retardant pas la chute du cordon, exercerait cependant une action antiseptique suffisante pour écarter tout danger d'infection.

M. Lvow conseille de procéder de la manière suivante :

Le cordon ayant été lié et coupé, et le nouveau-né baigné comme d'habitude, on sèche soigneusement le moignon ombilical avec du coton hydrophile, on le recouvre hermétiquement d'une fine couche de coton légèrement imbibé de glycérine pure et on applique pardessus quelques tours de bande de tarlatane. Ce pansement est laissé en place jusqu'à la chute du cordon, c'est-à-dire jusqu'au quatrième ou cinquième jour. Pendant tout ce temps, on s'abstient de baigner l'enfant ; on évite même la simple inspection du cordon et on se borne à changer la bande extérieure de tarlatane, lorsqu'elle est sale.

On obtient ainsi, après la chute du cordon, une plaie d'excellent aspect, qui ne sécrète pas et n'est pas entourée de rougeur inflammatoire. La cicatrisation est complète en neuf à dix jours, avec un pansement au sous-nitrate de bismuth ou à la poudre de talc.

CLINIQUE

Hopital Necker. — M. Déjerine.

Un cas d'endocardite infectieuse maligne (1).

Messieurs,

La malade qui fait l'objet de cette leçon est une jeune femme couchée au n° 2 de la salle des femmes. Elle est entrée à l'hôpital le 20 avril, c'est-à-dire il y a environ six semaines.

Elle est âgée de 27 ans, et est couturière de son métier.

Ses antécédents héréditaires n'offrent rien de spécial ; elle a plusieurs frères et sœurs, tous vigoureux et bien portants.

Dans ses antécédents personnels, on relève deux attaques de rhumatisme articulaire à 15 ans et 17 ans ; elle était alors dans son pays. Ces deux attaques furent assez intenses, car elle garda le lit pendant longtemps ; mais elle redevint bien portante par la suite.

Elle vint à Paris, il y a quelques années, et se trouva dans des conditions de misère physiologique, telles qu'elle tomba rapidement dans un état de dépression physique et morale complet.

Elle se présenta à notre consultation le 19 avril, et notre attention fut immédiatement frappée par son aspect particulier : c'était un état anémique très marqué, une pâleur légèrement verdâtre, les yeux cernés, amaigris, les membres inférieurs un peu œdématiés ; elle semblait au premier abord atteinte de chlorose, maladie fréquente chez les ouvrières de Paris, en raison des conditions hygiéniques défectueuses où elles vivent, la plupart ayant une nourriture peu substantielle, quoique obligées de se livrer à un travail excessif, dans des locaux mal aérés. Mais la malade présentait, à l'auscultation du cœur, des bruits anormaux qui nous firent l'engager vivement à entrer dans notre service.

Le 20 avril, nous constatons l'état suivant : la malade est maigre, très pâle, très anémiée; la décoloration de la peau et des muqueuses est extrême ; il y a, aux membres inférieurs, un léger degré d'œdème blanc, facilement dépressible, un peu moins prononcé que la veille, par suite du repos au lit gardé par la malade. Les mollets sont douloureux à la pression.

Depuis quelques mois, la malade souffre de palpitations et d'essoufflement. Nous constatons que le cœur est augmenté de volume ; la pointe

(1) Leçon recueillie par le Dr Hervouët.

bat dans le sixième espace intercostal, en dehors de la ligne mammaire ; la matité est augmentée dans les deux sens, transversal et vertical. A la *palpation*, on sent un frémissement cataire présystolique très net à la pointe. L'*auscultation* permet d'entendre des battements cardiaques réguliers ; mais les bruits sont très modifiés. A la pointe, on entend un roulement présystolique, suivi d'un souffle systolique, et d'un dédoublement du second bruit, dont le maximum occupe la pointe : il s'agit donc d'une double lésion mitrale, *il y a à la fois rétrécissement et insuffisance mitrale*. A la partie moyenne de la région, les mêmes signes sont constatés, mais atténués comme intensité. Vers la base, on entend un souffle systolique et diastolique ayant un point de localisation bien net au niveau de l'articulation de la première et de la deuxième pièce du sternum ; le souffle systolique n'est pas très intense, et le souffle diastolique occupe surtout la première moitié du grand silence : *il y a donc de l'insuffisance et du rétrécissement aortique*.

Au cœur droit, on ne constate rien d'anormal: pas de souffle au niveau de l'appendice xyphoïde, et rien du côté de l'artère pulmonaire.

Le pouls est régulier, mais bondissant ; c'est ce qu'on appelle le *pouls de Corrigan* ; il n'y a pas de tension entre deux pulsations ; on constate facilement la production du *pouls capillaire* sur les ongles et sur le front.

L'examen des autres viscères ne révèle aucune altération : les poumons sont sains ; le tube digestif est indemne, il n'y a pas d'embarras gastrique ; le foie est normal. Seule, la rate est un peu augmentée de volume ; mais ce signe a été signalé depuis longtemps par mon maître Vulpian, comme étant fréquent dans les anémies, et je pensai que cette augmentation de volume se rattachait à l'état d'anémie où se trouvait la malade.

Le diagnostic porté fut rétrécissement et insuffisance mitrale, et rétrécissement et insuffisance aortique, causés par un rhumatisme articulaire aigu, c'était un cœur rhumatismal.

A ce moment-là, il était impossible de porter un autre diagnostic.

Les jours suivants, cette malade suivit le traitement ordinairement usité : on la mit au régime lacté (trois litres de lait par jour) ; on lui donna du protoxalate de fer, du quinquina, et un peu de digitale à cause de l'œdème des membres inférieurs ; en un mot, elle fut traitée comme une anémique cardiaque.

Puis certains symptômes apparurent ; ils devaient exister déjà avant l'entrée de la malade ; mais nous ne pûmes nous en rendre bien compte qu'au bout de quelque temps. Du côté du cœur, il ne se produisit rien de nouveau. Mais, la température ayant été prise régulièrement, nous avons pu constater qu'il existait de la *fièvre*, à maximum vespéral, et offrant des caractères particuliers. Depuis le jour de l'entrée, il a existé une courbe de température offrant de spécial, l'*intensité de l'élévation thermique montant à 39°5 le soir*, et *son type intermittent*. Cette fièvre se montrait tous les deux jours, un jour apyrétique existant dans l'intervalle. Il semblait que nous eussions affaire à une fièvre tierce, avec cette différence que ce n'était pas une fièvre dépendant de l'hématozoaire de Laveran, mais bien une fièvre tierce symptomatique d'une lésion organique, car la température s'élevait le soir, tandis que dans la fièvre palustre, elle monte le matin. Quelle pouvait en être la cause ? Or, nous ne trouvions rien, ni aux poumons, ni dans la plèvre, ni du côté des organes génitaux, pas de phlegmon, la peau intacte, rien aux articulations.

En examinant avec plus de soin les antécédents de notre malade, nous sommes arrivés à porter le *diagnostic d'endocardite infectieuse maligne*. Que doit-on entendre par endocardite maligne, car ici il s'agit certainement d'une endocardite maligne, à évolution lente, mais fatale ?

Toutes les endocardites sont infectieuses, à partir de celle qui est produite par le rhumatisme, dont nous ne tenons pas le microbe, et qui n'en est pas moins sûrement une infection ; mais l'endocardite rhumatismale ne tue pas souvent, *c'est une endocardite infectieuse bénigne*, où la lésion aboutit à la cicatrisation, en laissant, il est vrai, une lésion valvulaire qui restera silencieuse pendant plus ou moins longtemps, et tôt ou tard amènera des accidents et la mort par suite de la gêne mécanique apportée au système circulatoire ; mais l'endocardite n'est plus en cause, elle est guérie.

L'endocardite maligne connaît pour cause la végétation sur les valvules de microbes pathogènes dont les uns sont ignorés, et les autres sont connus, comme les streptocoques et staphylocoques, (endocardites causées par un érysipèle, une fièvre puerpérale, etc).

Mais pour bien comprendre cette question, il est nécessaire de se reporter à l'*historique* des endocardites. Pour *Bouillaud, la seule cause de l'endocardite était le rhumatisme* ; il avait cependant observé des endocardites avec des symptômes typhoïdes, mais il n'avait pas vu la relation existant entre l'endocardite et les symptômes. Ce n'est que depuis les travaux de *Senhouse Kirkes*, qu'on a admis que les endocardites étaient la cause des phénomènes typhoïdes qui se montraient en même temps ; cet auteur, qui a bien étudié les lésions de l'endocardite, attribuait les symptômes observés à l'ulcération de l'endocarde : d'où la création du type nosologique, *endocardite ulcéreuse*. Mais on vit que l'ulcération n'était pas nécessaire ; il suffisait que l'endocarde fut atteint par une embolie de microbes pathogènes proliférant à sa surface : actuellement, le terme d'endocardite ulcéreuse est remplacé par celui d'*endocardite infectieuse maligne*.

Comment se produit l'endocardite ? Senhouse Kirkes croyait que c'était une maladie primitive du cœur. Actuellement, on sait qu'il faut une porte d'entrée, que le microbe n'existe pas en nous. En 1862, Winge, de Copenhague, vit un homme vigoureux, mais débilité, (c'est en effet l'apanage des surmenés, le microbe n'est pas tout, il y a une question de terrain) ; il vit donc cet homme, à la suite d'un durillon arraché, être pris de frissons, courbature, état typhoïde et succomber ; à l'autopsie, il constata une endocardite végétante.

C'est une maladie qui n'est pas rare dans les fièvres éruptives, et même dans la tuberculose. Quelquefois, elle se montre chez un individu bien portant, et alors il faut chercher la porte d'entrée, qui peut être une piqûre, surtout une piqûre anatomique, un durillon forcé, etc. J'ai observé l'année dernière une endocardite qu

s'est produite chez un jeune homme, à la suite d'une petite suppuration du lobule de l'oreille, et qui a entraîné la mort.

Le *début* de l'endocardite infectieuse maligne n'est pas net quand elle survient comme complication d'une autre affection aiguë. Les symptômes sont au contraire très accusés, quand elle frappe un individu jusque-là en bonne santé.

On a distingué deux formes, la *forme typhoïde* et la *forme pyémique*.

La *forme typhoïde* débute par de grands frissons ; il y a de la courbature, des épistaxis, et très rapidement, un état typhoïde prononcé ; il y a souvent du melœna, des hémorrhagies pulmonaires, rétiniennes, un état comateux : c'est ce qu'on appelait autrefois le *typhus cardiaque*. — Le diagnostic différentiel avec la fièvre typhoïde est facile par l'examen de la courbe de température, qui est irrégulière, les accès de fièvre manquant quelquefois un jour sur deux ; le diagnostic s'établit d'emblée par la constatation des manifestations du côté de l'endocarde. En outre, il y a des symptômes qui font défaut, le météorisme, les taches rosées assez rares ; en revanche, il existe parfois un rash purpurique.

Dans la *forme pyémique*, le tableau est celui d'un individu en proie à l'infection purulente. Aucun de vous n'a certainement vu d'infection purulente, car on fait maintenant de l'antisepsie dans les hôpitaux et cette maladie a disparu ; mais moi qui suis d'une autre génération médicale, j'en ai vu des cas, et je ne les ai pas oubliés. Ordinairement ce sont de grands frissons avec de la courbature, et une élévation considérable de température accompagnant chaque frisson. De plus, des phénomènes graves se montrent de tous côtés : dans les poumons, de la pneumonie et de la broncho-pneumonie ; du côté des reins, des hématuries ; de l'augmentation de volume du foie, et de la jaunisse ; la rate, augmentée également de volume et douloureuse ; du pus dans les articulations, etc. C'est cette forme atténuée que présente notre malade ; elle a la forme intermittente de la pyémie, la forme intermittente de l'endocardite maligne pyémique : elle n'a aucun symptôme typhoïde.

Elle y était prédisposée pour la raison suivante : c'est que cette maladie se rencontre plus souvent chez les individus qui ont l'endocarde altéré. Certains auteurs disent : « L'endocardite maligne ne se produit que si l'endocarde est préalablement touché », se basant sur ce que 70 % des cas se montrent chez d'anciens cardiaques, et que chez l'animal, on est obligé de léser d'abord l'endocarde pour produire l'endocardite. Mais on trouve aussi des individus n'ayant jamais rien eu auparavant. De plus, Gilbert et Lyon ont démontré qu'on peut produire l'endocardite chez les animaux sans léser d'abord les valvules, l'envahissement valvulaire se faisant cependant plus facilement si l'endocarde est malade.

Les microbes, une fois entrés, se fixent surtout sur la valvule mitrale, et là se développent et sont envoyés dans tout l'organisme.

Notre femme avait une double lésion ancienne, bien compensée. Pourquoi avons-nous le droit de diagnostiquer une endocardite maligne ? C'est à cause des symptômes généraux. Il n'y a rien nulle part, cependant ? La chose est exacte, il n'y a rien qu'une grosse rate. Mais cette augmentation de la rate, coïncidant avec cette fièvre, a une grande valeur.

L'examen du sang vient encore apporter un appoint au diagnostic : on ne trouve que 1,800,000 globules rouges par millim. cube au lieu de 3 millions; la valeur en hémoglobine est tombée de 1 à 0,49, c'est-à-dire que les globules rouges ont perdu la moitié de leur faculté de fixer l'oxygène ; en revanche, on trouve 22,000 globules blancs, il y a de la leucocytose de la suppuration.

Quelle est la *cause* de cette endocardite ? Une goutte de sang, ensemencée sur du bouillon, n'a pas donné de culture. Cette femme a fait, il y a 2 ans, un accouchement qui s'est très bien passé. Mais, il y a 4 mois, dans des conditions de misère physiologique déplorable, elle a eu un second enfant ; elle s'est levée au bout de 8 jours, et a eu, à ce moment, un peu de fièvre qui a été attribuée à la fièvre de lait ; depuis ce moment la fièvre a continué, et l'état général s'est affaibli de plus en plus. Nous avons donc, très vraisemblablement, dans ce dernier accouchement, la cause des accidents actuels.

Le *pronostic* est extrêmement grave : la malade succombera-t-elle à la cachexie, à une complication pleuro-pulmonaire, à une embolie, c'est ce que nous ne pouvons prévoir ; mais ce que nous pouvons affirmer, c'est qu'elle succombera certainement aux progrès de la maladie.

La thérapeutique chez elle est impuissante ; nous lui donnons de la quinine, des toniques, nous tâchons de la nourrir ; mais nous ne pouvons pas agir sur ses colonies microbiennes valvulaires. Nous ne pouvons agir qu'en prévenant la maladie ; nous sommes désarmés quand il s'agit de la combattre.

CLINIQUE OTOLOGIQUE

Traitement de quelques complications de l'otite moyenne purulente chronique.

Le pronostic de l'otite moyenne purulente chronique est en grande partie subordonné aux complications qui peuvent se produire (cholestéatomes, polypes, carie, nécrose, etc.), et il est important de signaler les plus fréquentes et les plus graves de ces complications qui peuvent amener un résultat fatal, si le traitement ne survient pas à temps. Souvent, en effet, l'otorrhée est entretenue par des amas de produits de sécrétion et des cholestéatomes dans la caisse et ses anfractuosités, qui se produisent lorsqu'il existe des obstacles s'opposant au libre écoulement du pus, comme dans le cas de perforations tympaniques étroites, à situation défavorable, gonflement de la caisse et du conduit, etc. Ces masses épithéliales, les cholestéatomes, qui proviennent de la desquamation de l'épiderme du conduit et de l'épithélium de la caisse, se forment surtout dans le cas de perforation de la membrane de Sharpnell, mais peuvent aussi se rencontrer dans toute autre catégorie de perforations. Ces cholestéatomes peuvent déterminer la carie et la nécrose, qui se révèlent par une sensation de lourdeur dans la tête, de la céphalalgie, de la fièvre, etc. Ils peuvent aboutir enfin à des manifestations méningées.

Souvent, aussi, dans les otorrhées anciennes

et négligées, ce sont des polypes qui sont la cause de la persistance de la sécrétion. On les voit quelquefois remplissant complètement le conduit auditif externe et parfois ils se présentent, à l'examen au spéculum, sous l'aspect de petits bourgeons reposant sur les parois de la caisse. Ces polypes peuvent aussi mettre la vie en péril, lorsqu'ils s'opposent à l'écoulement du pus.

Quant à la carie et la nécrose du rocher, elles sont reconnues souvent par la persistance d'une otorrhée fétide rebelle au traitement, par la présence de granulations qui repullulent après avoir été enlevées, par la constatation d'une voussure de la paroi postérieure du conduit, l'élimination de petits séquestres et la sensation, sous le stylet, de parcelles osseuses dépouillées de périoste et mobiles, et si parfois les fragments nécrosés s'éliminent spontanément, par le conduit, la persistance de la suppuration peut aussi déterminer des accidents mortels : phlébite ou thrombose des sinus, abcès cérébraux, etc.

Au point de vue du traitement spécial, nous parlerons surtout des cholestéatomes et des polypes comme les complications les plus fréquentes et qui, traitées de bonne heure, peuvent éviter l'explosion des autres accidents.

Lorsqu'il se produit, dans la caisse, des amas de sécrétion et des cholestéatomes, la première chose à faire est d'enlever tous les obstacles qui s'opposent à l'écoulement du pus. Il faut dans ce cas enlever les polypes, élargir les petites perforations,etc., puis évacuer les produits morbides à l'aide d'injections. Mais les injections ordinaires ne suffisent plus, ici, car il faut que l'injection porte directement sur la sécrétion souvent massée dans la région de l'antre mastoïdien, dans la partie postéo-supérieure de la caisse et, dans ce but, Hartmann fit construire la canule qui porte son nom, consistant en un tube de métal ou de caoutchouc durci, droit dans sa partie moyenne et recourbé presque à angle droit au niveau de l'extrémité que l'on introduit dans la caisse, cette dernière partie de l'instrument mesurant un millimètre environ. On adapte cette canule à un tube en caoutchouc qui la relie à une seringue ordinaire et on l'introduit en s'éclairant avec le miroir frontal. On doit, pendant l'introduction de l'instrument, toujours voir ce que l'on fait et il ne faut procéder à l'injection que lorsqu'on est sûr que l'extrémité tympanique de l'instrument est bien dans la caisse. On peut alors porter le jet directement vers les parties où sont massés les cholestéatomes et en tournant la canule on peut ensuite le diriger vers tous les coins de la caisse. Le lavage est continué jusqu'à ce que le liquide ne contienne plus de produits de sécrétion. Quelquefois l'introduction de la canule est douloureuse et on peut alors faire précéder ce lavage d'une instillation de cocaïne. Après l'injection on sèche la caisse en introduisant de nouveau la canule d'Hartmann adaptée à une poire et on fait plusieurs insufflations, puis on envoie de l'acide borique en poudre, à l'aide d'un insufflateur, dont la partie, destinée à être introduite dans la caisse, a la forme de la canule d'Hartmann. Quelquefois on instille de la même façon quelques gouttes d'une solution de sublimé à 0,02 pour 10 gr. d'eau ou d'une solution de résorcine. Bezold, après l'injection, sèche la caisse par le procédé de Politzer, puis avec une boulette d'ouate portée sur le stylet il insuffle l'acide borique. Toute cette manœuvre, surtout dans le cas de perforation de la membrane de Sharpnell est délicate et exige une main sûre et habituée. Il faut renouveler le lavage tous les 3 ou 4 jours et même tous les jours, dans le cas d'écoulement fétide, jusqu'à ce que l'odeur ait disparu et que les injections ne ramènent plus ces masses épithéliales blanchâtres, de grosseur variable, qui flottent dans le liquide des premières injections et qui dans les cas favorables diminuent peu à peu. Politzer associe à ces lavages, avec la canule d'Hartmann, les lavages par la trompe, à l'aide du cathéter en introduisant dans celui-ci une canule en caoutchouc mou, qui pénètre jusque dans la caisse et y conduit le liquide qui ne s'écoule souvent que goutte à goutte par le conduit. Pour ces lavages on emploie les solutions d'acide borique, de résorcine ou de l'eau stérilisée. Même après que ces cholestéatomes ont complètement disparu, il faut surveiller les malades et Politzer conseille de les examiner tous les 3 ou 4 mois et de voir s'il ne s'est pas formé de nouvelles masses cholestéatomateuses.

Si l'on ne parvient pas à enlever les produits accumulés dans la caisse, ou si malgré le traitement ces masses épithéliales se reproduisent toujours en grande abondance et s'il survient des symptômes inquiétants (céphalalgie, fièvre, etc.), il faut alors procéder à la trépanation de l'apophyse mastoïde.

Pour l'ablation des polypes l'instrument de choix est le serre-nœud. On emploie tantôt celui de Wilde et tantôt celui de Blake. Sauf dans le cas de toutes petites granulations, il faut proscrire la pince, car, avec celle-ci, il est arrivé d'enlever un morceau de la paroi labyrinthique cariée, sur laquelle reposait le polype et d'ouvrir le labyrinthe. Mais avant d'enlever ce polype il faut, aussi exactement que possible, déterminer, avec le stylet, le point de sa base d'implantation. Cette détermination est importante, car le traitement diffère si le polype provient du conduit ou de la caisse. Pour enlever le polype avec le serre-nœud, on donne à l'anse une forme répondant au volume de polype, on l'arrondit sur un spéculum à oreille, puis on l'incline un peu sur le plat. On introduit alors l'instrument, en engageant le polype dans l'anse aussi profondément que possible, puis on tire l'anse à soi et le polype sectionné est retiré avec l'instrument ou tombe dans le conduit dont on l'enlève par une injection.

Pour les polypes du conduit auditif, Politzer recommande l'extraction avec le serre-nœud de Wilde. Avec ce procédé la racine est arrachée avec le polype et la guérison a lieu plus vite. On observe moins souvent de récidives qu'avec l'excision. Celle-ci se fait avec l'instrument de Blake, pour les polypes provenant de la caisse et dans ce cas on n'exerce pas de traction. On coupe le polype en serrant l'anse progressivement; assez souvent il faut s'y reprendre à plusieurs fois pour enlever toute la masse polypeuse et quelquefois après l'ablation d'un polype d'autres apparaissent, qui, refoulés dans la partie supérieure de la caisse, viennent maintenant prendre la place du polype qu'on vient d'extraire. Il y a toujours une légère hémorrhagie qui cède facilement à un tamponnement avec de

la gaze iodoformée ou de l'ouate aseptique.

On peut aussi se servir de curettes de différentes grandeurs et Politzer emploie de petits couteaux annulaires, construits sur le modèle du couteau de Meyer pour les végétations adénoïdes. Ces divers instruments répondent à diverses indications de situation, de volume, etc., des polypes et leur emploi est justifié par certaines conditions et par les circonstances.

Lorsqu'on ne peut atteindre que difficilement les polypes avec ces instruments par suite de rétrécissements du conduit, ou quand le polype siège trop profondément ou est trop petit pour être bien saisi avec le serre-nœud, on peut employer les caustiques : acide chromique, nitrate d'argent ou encore le traitement à l'alcool.

Pierre Maurel,
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Exercice de la médecine civile par les Médecins militaires.

Comme commentaire de notre article, n° 21, *Exercice de la médecine civile par les médecins militaires*, nous reproduisons les réflexions suivantes de notre collègue, le Dr Henri Marais, directeur de l'*Année médicale* de Caen :

« L'expansion civile des talents professionnels des médecins militaires est vue d'un fort mauvais œil par les autres officiers. Cela ressort très nettement des conversations que nous avons eues à ce sujet avec plusieurs d'entre eux. Ils font justement observer qu'on tolère, qu'on encourage même, disent quelques-uns, chez les médecins militaires, cette utilisation des connaissances professionnelles, en dehors de leurs fonctions, alors qu'on interdit formellement à tout officier de tirer un revenu quelconque de ses connaissances spéciales. De même qu'un médecin militaire peut faire de la médecine civile, un officier d'artillerie, du génie, peut étudier des plans, faire des calculs, établir des devis, vérifier des mémoires, etc., etc. Or, ce qui est toléré pour les médecins est absolument défendu aux autres officiers. Il y a là une inégalité de traitement difficile à justifier, et qui tend à déconsidérer le médecin en tant qu'officier, en diminuant son prestige militaire.

On se demande si le médecin est plus civil que militaire ou plus militaire que civil. Les avis sont partagés. Mais, tant que l'organisation de l'armée sera ce qu'elle est, il est permis de souhaiter que le médecin reste exclusivement un officier au même titre que ses camarades des autres spécialités, qu'il en ait l'autorité, le prestige. Il se doit à l'armée et ne peut pas être en même temps le *très humble serviteur du public*. »

Emoluments des Médecins militaires.

On ne saurait trop redire certaines vérités ; et, quand il s'agit de défense nationale, d'intérêts généraux de premier ordre, il est permis — qu'on vous accuse ou non de radoter comme une bonne vieille — de mettre sans cesse le doigt sur nos plaies. C'est le seul moyen de les faire connaître et de les guérir, à condition toutefois que le doigt... ne soit pas infecté.

L'une de ces questions toujours brûlantes est la façon dont on comprend encore aujourd'hui le service militaire des étudiants en médecine, question sur laquelle, avec tant d'autres de nos confrères, nous avons bien des fois appelé l'attention ; mais une autre, non moins grave, est notre organisation actuelle de la médecine militaire, avec ses cadres trop étroits, avec son budget dérisoire, avec son autorité presque illusoire, et, de la part des combattants, cette sorte de dédain immérité qui pèse avec tant d'injustice sur ce corps distingué, en dépit des règlements nouveaux et des changements survenus dans les armées modernes.

Chacun sait comment l'officier caracolant traite, du haut de sa grandeur et de sa fringante monture, le pauvre médecin qui trotte cahincaha sur sa paisible Cocotte ; chacun sait combien sont infimes les appointements de nos confrères de l'armée, si on les compare aux frais qu'ont occasionnés leurs études. Mais chacun de répéter : « A tout cela, point de remède. Vous prêchez dans le désert. Vous feriez mieux de trouver autre chose pour écouler votre bile. L'Armée, c'est sacré. Point n'y faut toucher ! »

Il faudrait pourtant qu'on le sache bien : il est des pays au monde — il n'est pas besoin de traverser l'Atlantique tout entier pour les découvrir — où les médecins militaires ont une situation morale et des ressources pécuniaires notablement supérieures à celles de nos compatriotes. L'écart est considérable, étonnant, presque incroyable même pour les grades élevés. Nous avons dressé, à l'aide des documents qu'a publiés notre confrère le *Bulletin médical*, le tableau ci-dessous : il montrera, en un clin d'œil, mieux qu'un long discours, à quel degré nous sommes inférieurs sur ce chapitre à l'une des premières nations européennes, l'Angleterre.

I. ANGLETERRE		II. FRANCE.		DIFFÉRENCE en moins
GRADES	Appointements.	GRADES	Appointements.	
1. Surgeon major général.......	32.500	Médecin inspecteur.	12.600	19.900
2. Surgeon colonel	22.500	Médecin princip. de 1re classe.........	8.136	14.364
3. Surgeon lieutenant-colonel.	16.250	Médecin princip. de 2e classe	6.588	9.362
4. Surgeon major.	16.250	Médecin major de 1re classe.........	5.508	10.742
5. Surgeon capt., *a*) après 10 ans *b*) après 5 ans. *c*) début........	 6.844 6.250 5.000	Médecin major de 2e classe. *a*). après 10 ans.. *b*). après 6 ans... *c*). début.........	 3.780 3.420 3.060	 3.064 2.830 1.940
6. Surgeon lieuten.	5.000	Aide-major de 1re cl.	2.520	2.480
7. Surgeon stagiaire........	3.650	Aide-major stagiaire	2.160	1.490

Il faut rappeler à cette occasion que, dans l'armée anglaise, à l'inverse de ce qui existe chez nous, les médecins militaires ont tous pour fonction d'assurer un service d'hôpital. Il n'y a pas de médecins régimentaires titulaires ; certains médecins d'hôpitaux sont détachés pour

faire le service des régiments. C'est là, croyons-nous, une organisation préférable pour bien des raisons qu'il serait trop long d'exposer ici ; et, évidemment, l'une des principales est l'indépendance qu'acquiert de la sorte le corps de santé militaire vis-à-vis des officiers supérieurs commandant les régiments. C'est là un avantage moral de capitale importance.

Et alors même que cette indépendance ne serait pas aussi grande que nous le supposons, il n'en reste pas moins acquis que les médecins anglais, pécuniairement parlant bien entendu, sont dans des conditions meilleures que leurs confrères français. Comment veut-on chez nous trouver et garder longtemps des médecins sérieux avec des appointements variant de 2.160 à 3.500 fr. ? Ce qui nous étonne, c'est qu'on en ait suffisamment, sinon pour remplir les cadres — ils ne le sont jamais — du moins pour assurer les divers services.

Pour approcher des chiffres de l'armée anglaise, il semble tout d'abord qu'il n'y ait pas d'autre ressource que de demander des fonds au Ministère de la Guerre, c'est-à-dire de grever le budget dans des proportions considérables. Mais, personne ne saurait en douter, d'ici longtemps les pouvoirs publics se garderont bien d'entrer dans une voie aussi périlleuse.

N'y aurait-t-il donc pas moyen de tourner la difficulté ?

Le problème ne nous a pas semblé insoluble, si ardu qu'il ait paru à première vue ; et nous venons aujourd'hui, humblement, proposer une solution, qui bouleversera sans doute toutes les idées reçues jusqu'ici et qui est peut-être inapplicable, mais qui pourtant n'est peut-être pas dépourvue d'intérêt. D'ailleurs quelques médecins militaires de nos amis, avec lesquels nous avons souvent rompu des lances sur ces questions, ont bien voulu reconnaître — il est vrai qu'ils ne brillaient pas par le nombre de leurs galons ! — que notre système n'était pas tout à fait absurde. Leur approbation a été pour nous un témoignage de satisfaction dont nous nous sommes contenté.

Il nous semble en effet que, sans recourir à une augmentation de budget, on pourrait améliorer de beaucoup le sort et l'avenir des médecins militaires. Voici comment. Supposez que la proposition formulée par l'Association de la Presse médicale, au sujet du service militaire des étudiants en médecine, soit un jour admise, à savoir que :

« Les étudiants en médecine feront leur service militaire comme *médecins aides-majors de 2e classe de réserve*, leurs études médicales terminées. Ils devront être docteurs ou internes nommés au concours dans une ville où siège une Faculté, à l'âge de 27 ans. »

Dans ces conditions, vous aurez, au bout de quelques mois — il n'en faut pas davantage, quoi qu'on en puisse dire, pour apprendre le métier — de jeunes médecins, reçus docteurs, n'exigeant pas d'appointements (1), parfaitement aptes à remplir les fonctions de médecins aides-majors de 2e classe, soit à l'hôpital, soit au régiment. Et ils seront en nombre tel qu'ils pourront remplacer complètement tous les médecins aides-majors sortant chaque année du Val-de-Grâce.

Dès lors, ces derniers deviendraient inutiles et on pourrait les supprimer : ce qui revient à dire que *les élèves du Val-de-Grâce sortiraient de l'École avec un grade immédiatement supérieur à celui qu'ils obtiennent actuellement à leur arrivée au régiment*, et que la carrière de médecin militaire commencerait un échelon plus haut : d'où *augmentation de traitement*, dès le début, dès les études spéciales, à laquelle viendrait s'ajouter en outre une certaine somme réalisée à l'aide de la suppression du premier grade payé. Les jeunes médecins, accomplissant leur année de service militaire, seraient bien entendu placés immédiatement sous les ordres de leurs collègues récemment sortis du Val-de-Grâce, qui, eux, continueraient à perpétuer dans les régiments et les hôpitaux les traditions antiques et à représenter l'élément purement militaire.

Certes, en procédant de la sorte, il faudrait diminuer le chiffre des entrées à l'École de médecine militaire, partant le nombre de nos confrères de l'armée active ; certes, il serait nécessaire pendant un certain temps de tenir compte des droits acquis, de songer à l'encombrement subit, mais temporaire, que cela créerait pour les grades de médecins aides-majors de 1re classe, majors de 2e classe, etc. ; certes il faudrait recourir à une certaine mise de fonds pendant la période de transition. Certes l'Administration trouvera bizarre qu'on vienne lui proposer de faire d'emblée des médecins militaires à plusieurs galons..... Mais tout cela ne nous paraît pas constituer des difficultés absolument insurmontables. En fait de réformes, il faut d'abord les *vouloir*, et, avec un peu de fermeté et un brin d'énergie, on arrive facilement à sauter les obstacles.

Je ne sais si, en ces quelques mots, j'ai pu exposer avec une clarté suffisante une ébauche de mon projet, qui a encore d'autres avantages, sur lesquels je ne veux pas insister aujourd'hui (en particulier une meilleure organisation du service de santé de la réserve et de la territoriale). Mais qu'on ait la bonté de m'adresser les objections capitales qui se présenteront à l'esprit et, dans un article ultérieur, je m'efforcerai, si possible, de les résoudre, en revenant d'une façon plus précise sur différents points que j'ai dû me borner à mentionner aujourd'hui. Je viens peut-être d'émettre une idée qui fera sourire les bureaux des Ministères, voire même — car tout est possible — d'exposer un système absolument impraticable ; à d'autres plus compétents d'en juger la valeur. Il n'y a que ceux qui ne font rien qui ne font pas de bêtises, que ceux qui ne pensent à rien et n'écrivent pas qui n'en font jamais imprimer.

Mais qu'il me soit beaucoup pardonné, parce qu'en l'espèce j'ai beaucoup aimé... mon pays et les médecins militaires.

Marcel Baudouin.

(*Progrès médical*).

(1) Sauf quelques exceptions à spécifier (subventions accordées, sous la dénomination de bourses, pour les jeunes gens pauvres, comme cela a lieu pour l'Ecole polytechnique et l'Ecole normale).

VARIÉTÉS.

Mercantilisme.

Un de nos confrères qui a reçu le document suivant nous le communique avec prière de l'insérer comme pièce à conviction de ce mercantilisme contre lequel ne saurait trop se garer le Corps Médical s'il est soucieux de sa dignité.

Société Médicale.

Mon cher confrère,

Je vous prie de prendre connaissance de la lettre circulaire ci-dessous. Vous y verrez une idée nouvelle et pratique.

Permettez-moi d'espérer que vous serez des nôtres.

La plupart des spécialités sérieuses ne produisent de gros bénéfices à leur auteur que grâce à l'intervention des médecins qui, harcelés chaque jour par une infinité de prospectus, opuscules et journaux médicaux, prescrivent ces spécialités. Ils subissent involontairement l'action de cette réclame intensive et ils font le jeu, sans profit pour eux, des fabricants de spécialités et des entrepreneurs de réclames.

Il m'a semblé qu'il serait logique de voir le praticien participer dans les bénéfices de ce qu'il prescrit, et c'est là le mobile qui a amené la constitution de la Société actuelle. Le but de notre Société est donc de substituer à ces spécialités bonnes et recommandables des spécialités identiques, pour lesquelles le praticien qui les prescrit devient en quelque sorte actionnaire.

Dans chaque ville et pour un périmètre de douze kilomètres environ, *un seul médecin est affilié à la Société* et, grâce à un fonctionnement particulier organisé ad hoc, ce médecin associé *prélève un dividende* fixe et déterminé d'avance sur *toutes* nos spécialités vendues chez *tous* les pharmaciens de son périmètre.

Ces spécialités sont toutes d'un usage courant : elles ne sortent pas du cadre de ce qu'un médecin ordonne chaque jour.

Tous les trois mois, il reçoit en un mandat-poste la somme correspondante à l'addition de tous les dividendes.

Depuis la fondation de la Société, nos produits sont connus de tous les droguistes où se servent les pharmaciens. Mais comme ceux-ci s'adressent le plus souvent aux maisons dépositaires de spécialités, nous avons décidé de faire le dépôt de nos produits à Paris, dans une maison de dépôt de spécialités et de droguerie.

Le pharmacien en possession de l'ordonnance demande donc directement les produits à Paris, et cette maison de dépôt nous envoie chaque mois le relevé des spécialités vendues dans chaque ville. C'est d'après ce relevé que nous établissons, de la façon la plus exacte, les dividendes médicaux.

Il en résulte que l'associé touche les dividendes non seulement sur ses ordonnances personnelles, mais encore sur tous les renouvellements spontanés des clients, en un mot, sur *tout ce qui se vend dans son périmètre.*

A l'heure actuelle nous sommes plus de 80 adhérents, chacun se fait un bénéfice annuel qui varie entre 1,000 et 1,600 francs. Les pharmaciens fournissent aux clients ces spécialités, comme tant d'autres ; ils y trouvent d'ailleurs un bénéfice qui est de 20 pour 100 au moins et 32 1/2 pour 100 au plus. Les produits sont dosés avec le plus grand soin, d'excellente qualité et très agréables au goût.

Après acquiescement de votre part, nous vous informerons de l'époque à laquelle vous pourrez commencer à ordonner nos produits. En ce moment, nous suffisons à peine aux demandes courantes, et nous n'augmentons notre production qu'au fur et à mesure des adhésions nouvelles.

Après votre réponse, vous recevrez la liste entière des produits avec la formule exacte de leur composition.

Agréez, mon cher Confrère, l'assurance de mes sentiments confraternels et dévoués.

Dr P....

P.-S. Dans votre périmètre vous êtes le seul médecin informé.

Voici quelques exemples des dividendes :

Sirop Combel. — Dividende : 1 fr.
Prix : 3 fr. 50.
Sirop Ravel. — Dividende : 0 fr. 60.
Prix : 3 fr.
Sirop du Dr Plicq. — Dividende : 1 fr.
Prix : 3 fr. 50.
Sirop pectoral du Dr Rigault. — Dividende : 0,60.
Prix : 2 fr. 50.
Solution Hégel. — Dividende : 1 fr. 10.
Prix : 4 fr.

Et il y a déjà, paraît-il, plus de 80 médecins qui ont accepté ce marché !

Notre Confrère défère la circulaire à son Syndicat ; il estime qu'on ne saurait se prononcer trop énergiquement contre ces procédés.

C'est, selon nous, la vraie conduite d'un médecin.

REPORTAGE MÉDICAL

Mort de M. le professeur Peter. — Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort du sympathique docteur Peter, professeur de clinique médicale à l'hôpital Necker, membre de l'Académie de Médecine.

C'est une grande perte pour la science médicale dont il était un des plus dignes représentants, pour la Faculté où son enseignement clinique était des plus appréciés par les praticiens, pour l'Académie dont il était un des orateurs les plus éloquents et les plus écoutés. C'est une grande perte surtout pour ses nombreux élèves qui tous étaient devenus ses amis et qui, aux prises avec les difficultés de la pratique, trouvaient toujours auprès de lui un conseil judicieux, un appui bienveillant.

On pouvait ne pas partager toutes ses opinions, mais il était impossible, même à ses plus ardents adversaires, de ne pas rendre justice à la parfaite honorabilité de son caractère, à la sincérité de ses convictions, au grand talent avec lequel il défendait ses idées, à la courtoisie qu'il apportait dans les discussions.

— *L'hygiène coloniale.*— Le concours institué par la Société française d'hygiène pour l'année 1892 : l'*Hygiène coloniale*, a été des plus brillants par le nombre des mémoires envoyés au jury d'examen, par

l'exposition méthodique et la parfaite connaissance du sujet.

Nous sommes heureux de pouvoir donner dès aujourd'hui les noms des lauréats :

MM. le Dr Charles Simon, Edouard-Georges Henri, Dr Chevalier, Hippolyte Goudal, Dr Coindreau, Dr Navarre, Dr Fernand Roux, Dr Roblot, Dr Fernando Leal de Siera.

— *Exercice illégal de la pharmacie.* — Le tribunal correctionnel vient d'ordonner la fermeture immédiate de la pharmacie ouverte passage de l'Opéra, au n° 26 de la galerie du Baromètre. Elle était exploitée au profit d'un nommé Lécau, marchand de tapisseries, par un pharmacien de 2e classe, n'ayant par suite pas le droit d'exercer à Paris. Ce dernier, nommé Pothonier, a été condamné à quinze jours de prison et 500 francs d'amende ; Lecau a été condamné à 500 francs d'amende.

— *Conflit à la Faculté de médecine de Toulouse.* — Il y a quelques jours, M. le Dr Tourneux, professeur d'histologie, affichait à la Faculté l'avis suivant :

« M. le Recteur, sur la proposition de M. le Doyen, ayant cru devoir diminuer de 900 francs (à la date du 12 mai 1893) l'allocation du service d'histologie fixée par le Conseil de la Faculté à 2,200 fr. (séance du 2 mai 1893), et les dépenses engagées à la date du 12 mai 1893 dépassant déjà la somme restante de 1300 fr., le professeur d'histologie se voit dans la cruelle nécessité d'interrompre, jusqu'à nouvel ordre, les travaux pratiques d'histologie. »

Le lendemain, M. le Doyen faisait afficher un avis annonçant aux élèves que les travaux ne subiraient pas d'interruption, et ordonnait au chef des travaux d'histologie de les continuer, coûte que coûte.

— *Les médecins stagiaires aux conseils de révision.* — Jusqu'à cette année, les élèves stagiaires du Val-de-Grâce assistaient, sous la conduite d'un de leurs professeurs, à un certain nombre de séances du conseil de révision de la Seine. Ils ne prenaient aucune part à la visite médicale, qui était toujours passée régulièrement par le médecin-major délégué à cet effet : ils se bornaient à se rendre compte de la manière d'opérer et prenaient ainsi une excellente leçon pratique pour l'avenir.

A la suite de la protestation faite l'an dernier par l'intendant de service contre la présence des stagiaires au conseil de révision, il a été décidé, pour éviter le retour de pareils incidents, bien que le conseil n'ait pas admis la protestation de l'intendant, que les médecins stagiaires n'assisteraient plus aux séances du conseil de révision. L'ad-mi-nis-tra-tion et la forme seront satisfaites ; il est vrai que nos médecins militaires ne connaîtront pas cette partie, si importante, de leur métier. (*Temps*, 10 juin).

— *Congrès de Besançon*, 1893. — Le Congrès de Besançon s'ouvrira le jeudi 3 août 1893, sous la présidence de M. le professeur Bouchard, Membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine. Il sera clos le jeudi 10 août.

Indépendamment des séances de sections et des conférences, le Congrès comprendra des visites scientifiques et industrielles et des excursions. Une excursion de trois jours, 11, 12 et 13 août aura lieu dans le Jura après la clôture de la session.

Des réductions de tarif 50 % sont accordées sur les chemins de fer aux Membres de l'Association qui assistent à la session. Pour profiter de cette faveur, les membres de l'Association devront en faire la demande au Secrétariat (rue Serpente, 28) avant le 15 juillet, terme de rigueur.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3802. — M. le Dr Gillard, de Suresnes (Seine), présenté par M. le Dr Droubaix, de Suresnes.

N° 3803. — M. le Dr Pascal, de Mustapha-Alger (Algérie), présenté par M. le Dr Dalton, de Tarbes.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Bossard, de Vern (Ille-et-Vilaine), Legendre, de Saint-Léger-sur-Beuvray (Saône-et-Loire), Hospital, de Dijon, membres du Concours médical.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'Ecole de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

Librairie-éditeur du **« Concours médical »**, la Société se charge de prendre tous les abonnements pour le compte de ses clients, de donner gracieusement tous renseignements sur devis d'impressions, ouvrages, etc. De plus, tous les genres d'ouvrages anciens ou nouveaux, médecine, science, littérature, voyages, etc., seront fournis aux membres du Concours médical avec une réduction de 20 % sur les prix marqués, frais de port et recouvrement, s'il y a lieu, à la charge du destinataire.

Viennent de paraître :

1° **Les teignes** (favus, tondante, pelade), in-18 de 124 pages, par le Dr L. Butte, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis. — Prix : **3 francs**, cartonné à l'anglaise. Envoi franco contre un mandat adressé à M. le Directeur de la *Société d'Editions Scientifiques*, 4, *rue Antoine-Dubois*, Paris.

Les teignes, surtout la pelade et la tondante, sont, à l'heure actuelle, des affections si répandues parmi les enfants que beaucoup de personnes ont intérêt à les bien connaître. Ce livre, qui contient l'étude détaillée de ces maladies contagieuses du cuir chevelu, sera utile non seulement aux médecins, mais aussi aux pères de famille et aux directeurs d'établissements scolaires qui, en contact journalier avec des enfants susceptibles de contracter la teigne, doivent pouvoir la reconnaître dès le début pour empêcher sa propagation.

L'auteur, que ses connaissances et ses fonctions spéciales rendent tout à fait compétent dans cette importante question, a exposé d'une façon claire, concise et complète, l'état actuel de nos connaissances sur les causes, les symptômes et le traitement de ces maladies. Il a insisté sur la description et les caractères des parasites qui les produisent et sur les méthodes thérapeutiques nouvelles qui, bien appliquées, amènent une guérison rapide. La prophylaxie est également traitée avec clarté et précision. Enfin l'ouvrage se termine par une étude sur les différents établissements où sont soignés les teigneux à Paris.

Nous sommes convaincus que les praticiens retireront un grand bénéfice de la lecture de ce livre.

Net 2 fr. 40 pour MM. les membres du Concours médical.

2° **Précis iconographique des maladies de la peau**, par le Dr E. Chatelain, avec 50 planches en couleurs, reproduites d'après nature. Prix *franco de port* : **23 fr. 60** contre un mandat.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année N° 25 24 Juin 1893

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Séance du Conseil de Direction de la Société Civile du Concours médical.

Le Conseil de Direction de la Société Civile du Concours Médical s'est réuni le 14 juin 1893.

Présents : MM. Cézilly, Gassot, Maurat.

Excusé : M. Gibert.

Le Conseil examine les réponses faites aux questionnaires sur la mortalité et la morbidité. Il regrette qu'un certain nombre de membres de la Société n'aient pas cru devoir répondre aux sollicitations pressantes dont ils ont été l'objet et rendre à leurs confrères le léger service qui leur était réclamé. Il acceptera les réponses qui pourraient venir ultérieurement, mais il décide qu'il y a lieu de procéder dès maintenant au dépouillement méthodique des questionnaires qui ont été retournés remplis.

Il prépare le cadre qui servira à ce dépouillement et dont les résultats seront publiés.

Le Conseil décide qu'il y a lieu de procéder immédiatement à l'organisation de la Caisse Indemnité-maladie applicable à tous les médecins de France.

A cet effet, il charge le Directeur de convoquer à une réunion préparatoire, en vue de l'élaboration des statuts, les confrères qui se sont personnellement occupés de la question. Il décide que la Société Civile du Concours médical fera les frais de leur déplacement. Enfin, il fixe la réunion à la seconde quinzaine de juillet.

Après examen de divers documents et explications fournies par le Directeur, le Conseil de Direction estime qu'il y a avantage pour la Société du Concours médical à entrer en rapports avec la *Ligue Nationale de la Prévoyance et de la Mutualité* en vue d'examiner de concert avec elle la possibilité d'établir les bases de relations convenables entre le Corps médical et les Sociétés de secours mutuels.

Il décide qu'à l'exemple de l'Union des Syndicats, la Société du Concours s'affiliera à cette ligue.

Sur la demande de M. le Dr de Labrousse, de Guelma, et en raison de l'avis favorable donné par le Ministre de l'Intérieur à la pétition des médecins de colonisation de l'Algérie dans le but d'être classés dans le service actif, le Conseil de Direction décide que des démarches immédiates vont être faites auprès des Députés pour qu'il soit définitivement statué sur la réclamation de nos confrères Algériens.

Sur la demande de plusieurs correspondants, le Conseil décide la mise à l'étude des modifications que réclame la mise en pratique de la loi Roussel, notamment, en ce qui concerne la délivrance des certificats aux nourrices, l'usage des biberons à tube, l'alimentation prématurée, etc...

En présence de l'impossibilité où l'on se trouve d'obtenir la modification de cette loi, le Conseil estime que nombre de mesures utiles pourraient trouver place dans les règlements particuliers des Départements.

Le Conseil de Direction examine les Comptes de la Société et les approuve. Il constate l'achat pour la Société civile de deux obligations Ville de Paris 1886 libérées, nos 329.007 et 329.008.

Il examine ensuite la correspondance et prend sur les affaires courantes les décisions nécessaires.

Le Secrétaire,

A. Maurat.

A nos Confrères d'Algérie, médecins de colonisation.

Nous avons mis à exécution, sans retard, la décision du *Conseil de Direction*. La loi du 9 juin 1853, sur les *pensions civiles*, ne comprend pas les médecins de colonisation. Elle stipule que ses prescriptions ne pourront être modifiées que par une autre loi ; un décret ; un arrêté du gouvernement général n'auraient pas autorité.

Depuis le 5 avril 1878, un arrêté du gouverneur général rend la loi de 1853 applicable aux médecins de colonisation ; mais ceux-ci sont compris dans la 2e catégorie des fonctionnaires visés et non dans la première, celle du *service actif*. Il est évident qu'ils auraient dû figurer dans ce dernier, car leur service est éminemment actif et, de plus, leur mortalité est de beaucoup plus élevée que celle de toutes les personnes visées par la loi de 1853.

De telle façon que les plus actifs sont assimilés, pour les pensions, aux plus sédentaires.

Ces considérations avaient engagé *M. Saint-Germain*, député d'Oran, à proposer, à la Chambre, un projet de loi de redressement. A cause de ses conséquences budgétaires, quelque minime qu'elle soit, M. Saint-Germain n'a pu réussir auprès de la Commission du budget de 1893. Il nous a promis qu'il allait faire une nouvelle tentative ; s'il échouait ces jours-ci, à cause des conditions spéciales du vote du budget de 1894, il s'engage à faire des efforts nouveaux pour le budget de 1895, appuyé d'ailleurs par tous les députés de l'Algérie.

A. C.

Les médecins pharmaciens.

On sait qu'un certain nombre de praticiens cumulent, après obtention du double diplôme, les professions de médecin et de pharmacien et se sont réunis en un Syndicat spécial pour défendre leurs intérêts.

Il est certain que beaucoup de ces médecins pharmaciens sont plus pharmaciens que médecins ; ils revendiquent cependant leur titre de confrères et entendent conserver leur place dans la grande famille médicale.

Pour notre part, nous n'hésitons pas à les bien accueillir et à nouer avec eux les bons rapports amicaux qu'ils sollicitent. Toutefois leur situation particulière n'est pas sans exciter quelque méfiance, et nous estimons qu'il est nécessaire de préciser tout d'abord quelques points d'où dépend incontestablement la nature de nos relations futures.

C'est, nous le répétons, tout confraternellement que nous abordons cette explication : personne ne saurait donc y trouver la moindre trace d'hostilité ou même d'arrière-pensée désobligeante. Il s'agit d'établir les bases d'une entente, nous discutons ces bases — voilà tout.

Les médecins pharmaciens réclament leur place au soleil, ils protestent contre les mesures de suspicion dont ils ont été l'objet dans les Assemblées Législatives et ne peuvent admettre que le droit de double exercice puisse être refusé à quiconque est muni du double diplôme. Ils prétendent être distingués des forbans de la profession à qui l'audace tient lieu de savoir et qui ont des prétentions d'autant plus envahissantes qu'ils n'ont aucun diplôme pour s'abriter.

Sur ce terrain, l'entente nous paraît facile. Ce n'est pas nous qui contesterons à des praticiens honorables le droit de n'être pas confondus avec les guérisseurs de pissotières et autres exploiteurs de la crédulité publique... et notre sentiment au sujet du double exercice est trop connu pour que nous ne prêtions pas notre appui aux revendications de nos confrères.

Nous avons réclamé pour le médecin le droit de faire de la pharmacie dans certains cas spéciaux, nous ne voyons pas comment le même droit pourrait être concédé à ceux qui n'ont que le diplôme médical et refusé à ceux qui possèdent en outre le diplôme pharmaceutique. On crie à l'exploitation. Nous répondons qu'heureusement il n'y a pas sur terre que des fripons et que d'ailleurs le public ne se laisse exploiter que quand il le veut bien.

Nous avons toujours pensé qu'il était illogique de séparer les connaissances médicales des connaissances pharmaceutiques, estimant qu'elles se complétaient mutuellement : Si donc des confrères ont pris la peine de conquérir le double diplôme, ils nous paraissent autorisés autant que personne à exercer l'art de guérir dans sa plénitude.

Mais ils doivent être avant tout des médecins, et l'exercice de la pharmacie doit pour eux passer au second plan.

Nous nous expliquons.

Le praticien qui considère l'exercice de la pharmacie comme son affaire principale, qui lui donne tous ses soins, ne peut guère faire que de la piètre médecine, et le séjour habituel dans le laboratoire s'accorde mal avec les exigences de la clinique : On ne peut être médecin par occasion, sans se rouiller fortement. Et si l'on envisage l'intérêt véritable du public, — qui seul après tout doit être considéré — nous ne voyons pas ce qu'il peut gagner au fait qu'un pharmacien donnera quelques consultations ou fera une visite de temps à autre.

Il n'en est pas de même si l'on renverse les termes de la proposition : le médecin peut, sans qu'il en résulte le moindre désavantage pour lui-même et pour ses clients, faire de la pharmacie — car on peut ne faire, et sans se rouiller, en fait de pharmacie que ce que l'on veut. La pharmacie, on le sait bien, ne comporte plus guère actuellement que la confection de l'ordonnance, et la préparation des médicaments actifs ne se fait plus dans les officines.

Les médecins pharmaciens devront donc être *des médecins qui font de la pharmacie* : ils auront la situation de la plupart des médecins de campagne, avec cet avantage qu'ils pourront avoir officine ouverte et s'installer où bon leur semblera.

Et c'est cette compréhension de leur rôle qui nous permet de donner une solution à la plus grosse difficulté qui les sépare de nos confrères d'établir le *modus vivendi* lorsque ceux-ci se trouvent en présence d'une officine gérée par un médecin-pharmacien.

Il nous paraît inadmissible que le médecin pharmacien, légalement en droit d'exercer la médecine et usant de ce droit, puisse contraindre ses confrères (non pharmaciens) à envoyer chez lui leurs ordonnances et leur défendre de fournir des médicaments à leurs clients.

Des inconvénients de toute sorte naissent d'une telle situation et les médecins-pharmaciens doivent y renoncer.

Lorsque en 1882 nous nous occupions de la loi sur l'exercice de la pharmacie, nous demandions que le double diplôme donnât le droit de double exercice, mais nous ajoutions :

S'il n'existe dans une localité qu'une seule officine et que le pharmacien cumule légalement les fonctions de médecin, les autres médecins de cette localité auront le droit de fournir à leurs clients les médicaments qu'ils prescriront, sans pourtant tenir officine ouverte.

Voilà le terrain d'entente sur lequel nous convions le Syndicat des médecins-pharmaciens.

Dr A. Gassot.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'aldéhyde formique comme antiseptique oculaire.

A la Société française d'ophthalmologie, M. le Dr *Valude* présente une étude détaillée qu'il a faite, au point de vue de l'antisepsie, d'un corps de la chimie organique, très connu des chimistes. Ce corps, c'est le formol ou aldéhydeformique.

L'aldéhyde formique se présente sous la forme d'un liquide incolore à l'état pur, et qui, en solution dans l'eau où il est très miscible, n'a qu'une légère odeur empyreumatique à peine sensible. L'aldéhyde formique est très avide d'eau, et par conséquent *très diffusible*, ce qui le rend précieux ; il ne coagule pas l'albumine, autre avantage, et enfin il n'est pas toxique ou ne l'est que très peu, puisqu'on peut en boire impunément une certaine quantité. Il résiste enfin très bien et reste inaltéré à la lumière, même dans un flacon imparfaitement bouché.

Les propriétés antiseptiques de cette substance, déjà étudiées et mises au jour par Duclaux dans un travail publié l'année dernière, sont extrêmement remarquables. A la dose très faible de 0,016 milligr. par litre, il empêche la culture de microbes dans du bouillon de viande, et sa simple vapeur obtenue en laissant un flacon ouvert sous une cloche réussit à empêcher un morceau de viande de s'altérer, même pendant une durée de plusieurs semaines.

Ce qui est curieux, c'est que ce corps, doué de propriétés antiseptiques bien supérieures à celles du sublimé (en ce sens que rien ne pousse dans un liquide rendu aseptique par l'aldéhyde formique, alors que le sublimé à même dose n'empêcherait pas la culture), est moins microbicide que lui. Ainsi, à dose égale, le sublimé en solution tuera des microbes en une minute alors que ceux-ci résisteront beaucoup plus longtemps à l'aldéhyde formique.

Les actions de ces deux corps sont donc différentes et il ne faut pas chercher à les comparer, mais à tirer parti de leurs propriétés spéciales.

Le sublimé est un antiseptique immédiat, mais dont l'effet cesse aussitôt. Si par comparaison, on pratique sur l'un des yeux la désinfection à l'aide du sublimé à 1/2000e et sur l'autre des lavages identiques avec l'aldéhyde formique à même dose, les conjonctives lavées à l'aldéhyde sont trouvées stériles ; avec le sublimé, le même fait est exceptionnel.

Les conjonctivites strumeuses torpides, chroniques, désespérantes, sont avantageusement améliorées par le formol. L'ophthalmie des nouveau-nés est aussi rapidement modifiée par cet antiseptique.

S'il est un effet qui devait être avant tout obtenu par ce puissant antiseptique, c'est la stérilisation prolongée des collyres, qui ne précipitent pas avec l'aldéhyde formique comme avec le sublimé : des flacons d'atropine et d'ésérine sont demeurés, en effet, avec le formol, entièrement inaltérés pendant plus d'un mois. La stérilisation simple des collyres est dès lors une question résolue et il suffit, pour s'assurer, d'employer l'aldéhyde à la dose de 1/2000e.

Enfin, le formol n'altère aucun métal ; ni l'acier comme le sublimé, ni l'aluminium ou l'argent comme le cyanure d'hydrargyre qui, de plus, est très caustique. Ce serait donc un bon liquide de bain instrumental. L'aldéhyde formique n'irrite pas l'œil ; il cause seulement une cuisson passagère qui est forte avec les doses élevées, mais minime avec la solution à 1/2000e.

Diagnostic du chancre syphilitique et de l'herpès génital.

Cette question toute banale et cependant si souvent embarrassante pour le médecin, préoccupe toujours M. le professeur *Fournier* dans ses leçons. La *Revue de clinique et de thérapeutique* résume en quelques phrases concises les points principaux de diagnostic différentiel, sur lesquels M. Fournier insiste le plus volontiers :

Le diagnostic différentiel d'un chancre syphilitique *récent*, datant de deux à quatre jours, est impossible à établir. Il est trop tôt.

Plus tard les difficultés du diagnostic varient suivant la forme *érosive* ou *ulcéreuse* des chancres.

De la forme *ulcéreuse* : rien à dire ; son diagnostic est banal.

On peut confondre la forme *érosive* avec une écorchure ou l'herpès.

Le malade accuse une écorchure, il faut rechercher l'*induration* : la résistance des tissus à la base du chancre motivera le soupçon. Il faut explorer les glandes lymphatiques : l'*adénopathie* (bubon) avec aphlegmasie, multiplicité des ganglions durs, se rapporte au chancre syphilitique.

Une difficulté résulte de l'emploi antérieur de topiques irritants (alun, alcool, sublimé, tannin, nitrate d'argent, etc.). Les érosions simples cautérisées intempestivement par ces agents, prennent souvent l'aspect chancroïde.

S'agit-il d'un herpès ? Celui-ci est confluent et à vésicules multiples. M. Fournier ne tient qu'un médiocre compte du malaise local, de la chaleur, etc., signes de banalité. Il motive le diagnostic sur l'adénopathie, — nulle dans l'herpès, — l'état de la base qui est souple et exempte d'induration dans cette affection ; enfin sur la forme nettement régulière, ronde ou ovale du chancre syphilitique ; les limites indécises, sinueuses, dentelées ou polycycliques d'une ulcération herpétique.

Enfin, autre caractère à considérer : l'*évolution* limitée et courte de l'herpès extensive ; rapide, sans tendance aux réparations du chancre.

Une difficulté et une cause d'erreur de diagnostic : la coexistence du chancre syphilitique

et de l'herpès : les érosions multiples de celui-ci faisant méconnaître celui-là qui est placé au centre. On interroge les antécédents du malade : l'herpès est de cause locale ou générale : ou bien, on attendra quelques jours ; les vésicules herpétiques guérissent et disparaissent ; l'ulcération chancreuse subsiste. Elle avait été méconnue.

L'herpès, symptomatique d'une fièvre synoque, typhoïde, pneumonique, d'une émotion, ou de maladies locales : vulvite, vaginite, blennorrhagie, ou bien encore de la menstruation, peuvent se reconnaître par les commémoratifs ; mais en général c'est l'évolution ultérieure qui pourra lever tous les doutes : en quatre ou cinq jours, l'herpès se cicatrise, le chancre, au contraire, ne peut être terminé avant 3 ou 4 semaines.

Le nouveau parasite du cancer.

Tous nos lecteurs savent combien l'ardeur est grande en ce moment pour recherecher la véritable cause du cancer. Les quelques observations de contagion nette et même d'inoculation que la science possède déjà ont lancé les infatigables chercheurs dans la voie du parasitisme et de la microbiologie ; jusqu'ici les investigations paraissent aboutir à des succès, et voilà qu'un russe, Korotneff, vient de décrire un parasite de nature animale, le *Rhopalocephalus carcinomatosus*.

Les observations de Korotneff ont porté sur un carcinome labial et sur des carcinomes maxillaires et mammaires. Partout il a revu les mêmes faits. Seul, un cancer colloïde lui a montré des différences nettes, de sorte qu'il est porté à admettre que c'est là une espèce différente.

Le *Rhopalocephalus carcinomatosus* est rubané comme un cestode, avec une tête plus grosse. Celle-ci contient un noyau à contours fort variables, présentant plutôt l'aspect d'une tache que d'une vésicule, et formé d'un protoplasma à gros granules. Le réactif de Biondi la colore en un rouge de tuile, tandis que le corps devient orangé. Le corps est nettement limité, ne présente pas de pseudopodes et est formé de protoplasma finement granuleux. L'aspect général du parasite rappelle celui des sporozoaires, et plus spécialement celui de certaines grégarines, dont il semble, du reste, être assez voisin.

Tout autour des individus adultes se voient une foule de jeunes parasites. Ce sont des formes ovoïdes ou en massue, contenant un noyau à gros granules, qui sont incluses au sein d'une des cellules du carcinome. Par les progrès de leur développement, elles font saillie en dehors des limites de la cellule, qu'elles dépassent plus ou moins. Le jeune parasite exerce une action toute particulière, non seulement sur la cellule qui le contient, mais encore sur les éléments environnants. La première grossit notablement, prend une configuration sphérique et exerce une action mécanique, une pression centrifuge sur ses voisines. Celles-ci subissant, en outre, une pression centripète de la part du tissu normal environnant, s'aplatissent, acquièrent une configuration falciforme et entourent d'un cercle la cellule centrale envahie.

A ce stade, le jeune parasite peut déjà se reproduire par division, de sorte que la pression d'origine interne devient toujours plus forte et le nombre des cellules falciformes plus considérable. Il se constitue ainsi des nodules au centre desquels il y a toujours un ou plusieurs parasites. Dans ce dernier cas, ils proviennent de la division d'un individu primitivement unique.

Le rhopalocephalus est un être qui a des caractères de deux groupes zoologiques, les grégarines et les coccidies. D'une part, l'alternance de deux cycles évolutifs, l'un libre (amibes), l'autre enkysté, les rapproche des coccidies. D'autre part, l'état développé et une véritable conjugaison que présente cet état, rappelle les grégarines. Le nombre restreint des corpuscules falciformes nous ramène aux coccidies, tandis que les cas où ils sont nombreux font penser aux grégarines. Quant à présent, il y a donc lieu de placer cet organisme entre ces deux groupes.

La cellule envahie par le parasite s'accroît simplement, sans se diviser ; il en est de même des cellules environnantes. Les cellules ne se multiplient pas et, non seulement le carcinome ne s'accroît pas sous l'influence des parasites, mais encore les cellules de la tumeur ne se multiplient que là où ne se trouve aucun parasite. Le milieu n'est pas produit par le parasite, mais les modifications qu'il y apporte sont des plus importantes. Le caractère régressif du carcinome est dû au parasite qui détermine la nécrose de ses cellules, ainsi que l'influence nocive de ces néoformations sur l'organisme.

Souvent la forme de cette maladie est en quelque sorte latente, et à un âge avancé, il arrive que certaines formes de carcinomes n'exercent pas sur les glandes lymphatiques leur action ordinaire. Ces formes, non infectieuses sont jusqu'à un certain point inoffensives et probablement dépourvues du parasite ; ce sont alors de simples productions épidermoïdales, comparables à certaines productions normales, telles que les cheveux, les ongles, etc.

Traitement du pied bot varus équin par l'ablation des os du tarse.

D'après M. *Lucas-Championnière*, le traitement opératoire du pied bot a été profondément changé par la chirurgie moderne et les opérations ont pu modifier des pieds bots si compliqués qu'ils semblaient autrefois tout à fait incurables.

L'ablation de portions d'os ou d'os du tarse, l'ablation de l'astragale a pu être accomplie avec grand succès. Il a pratiqué l'ablation de l'astragale aussitôt qu'elle a été préconisée.

Depuis, il a beaucoup perfectionné la méthode et il peut présenter, en donnant aujourd'hui une statistique de treize cas tous heureux, une formule opératoire d'une extrême simplicité.

Dans le traitement des formes graves du pied bot varus équin, il faut enlever non seulement l'astragale, mais tous les os du tarse qui gênent le redressement. C'est ainsi qu'il a enlevé l'astragale, le cuboïde, le scaphoïde, les cunéiformes et même plusieurs fois la partie antérieure du calcanéum.

Si l'antisepsie est parfaite, la réparation de ces plaies est d'une simplicité telle qu'on doit s'abstenir de tout appareil inamovible.

En mobilisant très vite les pieds opérés on obtient une souplesse suffisante.

Il est inutile de faire des sections complémentaires.

Malgré ces pertes osseuses considérables la voûte du pied est solide et élevée alors qu'a priori on devait penser qu'elle serait écrasée.

Le pied est seulement un peu raccourci et sa forme ne diffère pas de celui du côté opposé.

Les opérés marchent très vite : de la 3e à la 6e semaine sans boiterie et sans appareil spécial, avec des souliers à contreforts un peu solides.

Les opérés marchent à plat sur le sol de la façon la plus normale. La réparation est si simple qu'il estime qu'il ne faut jamais ménager un os du tarse, mais aller dans l'ablation des os jusqu'à ce que toute difformité soit immédiatement corrigée.

Sur les treize opérations toutes faites pour cas d'une extrême gravité le succès a été complet et d'autant plus rapide que l'opération a été plus large.

Ces résultats sont si satisfaisants qu'on peut établir cette conclusion paradoxale qu'un pied bot compliqué ainsi traité est guéri plus vite et d'une façon plus satisfaisante que les pieds bots peu marqués, pour lesquels on se contente nécessairement des sections tendineuses qu'il faut faire suivre de l'application d'appareils.

Mais il faut que l'opération soit large jusqu'à l'excès et il faut que l'antisepsie soit irréprochable ; ce sont les conditions nécessaires de la réparation.

Les modifications de l'excrétion de l'urée au cours de certaines maladies chirurgicales.

On a attribué aux cancers viscéraux la diminution de l'excrétion quotidienne de l'urée. D'après M. Lucas-Championnière, si, chez la plupart des cancéreux très cachectiques, le fait se produit, il reste de nombreuses exceptions à cette règle. En revanche, certaines maladies non cancéreuses déterminent une déchéance organique assez grande pour amener un abaissement considérable du taux de l'urée.

Au premier rang de ces maladies sont les lésions ovariennes et surtout les petites lésions douloureuses. Il y a là de quoi justifier les opérations qui en délivrent les malades et dont on conteste l'utilité.

Quel que soit le taux primitif de l'urée, le taux augmente après les grandes opérations dans des proportions considérables ; il est habituellement doublé et triplé. M. Championnière l'a vu passer de 15 à 45 grammes. Cette exagération de l'excrétion de l'urée, qui se produit malgré une diète absolue, dure environ une semaine avec maximum au troisième jour.

Le sujet rejette les produits de la combustion du sang ou de la lymphe épanchés, ou des éléments anatomiques mortifiés. En tout cas, on voit combien chez un sujet chargé d'une telle élimination la diète est nécessaire, comme la voulaient empiriquement les chirurgiens d'autrefois.

Les purgatifs après les opérations ne sont pas moins utiles, puisqu'ils soulagent le rein et empêchent les résorptions intestinales et M. Championnière les prescrit à tous ses opérés après les avoir préconisés surtout pour les opérations abdominales.

La recherche de l'urée donne donc de précieux éléments de diagnostic, de pronostic et de traitement.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la morphinomanie.

Il n'y a pas encore cinquante ans que l'usage de la morphine est entré dans le domaine courant de la thérapeutique, grâce aux méthodes hypodermiques de Rynd et de Wood (1853), et déjà ce fallacieux médicament a fait et fait encore tous les jours de nombreuses victimes. Il est si précieux de ne pas souffrir, dit-on ; un médicament qui supprime la douleur ne peut manquer d'être accueilli avec enthousiasme. Cela est vrai, et loin de nous la pensée de proscrire la morphine de la thérapeutique ; il est incontestable qu'elle rend d'immenses services dans les névralgies, dans les affections douloureuses de l'abdomen, etc. ; il est puéril d'avoir une sainte horreur de la morphine. Mais, malheureusement, le succès d'une première guérison entraîne bien des gens à ne plus supporter la moindre douleur ; les plus courageux deviennent pusillanimes ; « vite, ma morphine, » disent-ils, « et je ne souffrirai plus ». C'est ainsi que commence l'abus, qu'on désigne sous le nom de morphinomanie (Laehr et Fiedler).

Hélas ! les médecins sont les premières victimes de cette funeste maladie. Un médecin ne doit jamais souffrir ; il n'en a ni le temps, ni la permission. Que diraient les malades ? Il sauve les autres et il ne peut se sauver lui-même. Coûte que coûte, il faut donc que personne ne puisse s'apercevoir des souffrances du médecin. Aujourd'hui, nous avons l'antipyrine, qui est de la part des médecins l'objet de bien des abus ; il est vrai que jusqu'ici, on n'en a pas encore étudié les dangers éloignés. Mais avant l'antipyrine, et même aujourd'hui, quand l'antipyrine est insuffisante, c'est à la morphine qu'on a recours. Certes, le spectacle des malheureux qui ont succombé à la morphinomanie, devrait suffire pour convaincre à jamais de ses dangers les pusillanimes, qui y sont portés. Il en est de ce vice comme des autres ; l'expérience ne sert de rien à la plupart des hommes. Nous allons cependant essayer tout d'abord d'en dégoûter nos confrères qui ne connaissent pas encore la morphinomanie par expérience personnelle, et d'enseigner aux infortunés qui s'y livrent, le plus sûr moyen de s'en guérir.

I.

Qu'est-ce que la morphinomanie ? Selon Levinstein, de Schœneberg-Berlin, la morphinomanie est la passion qu'un individu éprouve de se servir de morphine comme excitant ou comme aliment, et l'état pathologique qui résulte de l'usage abusif de ce médicament. « Tout homme, qu'il soit fortement ou chétivement organisé, est disposé à cette passion, quand il s'est habitué pour une cause pathologique quelconque aux injections de morphine et qu'il les a à sa libre disposition. » Laehr et Fiedler font de la morphinomanie une psychose ; nous croyons avec Levinstein que c'est une vulgaire passion comme celles du jeu et des femmes, comme tout ce qui procure un bien-être excessif. Il faut se méfier de ces charmes trompeurs, qui vous enlacent avec une rapidité telle qu'on ne s'en aperçoit pas à temps.

Dans une thèse récente, un élève du Dr Lutaud, M. le Dr Deering, a résumé très clairement les symptômes de la morphinomanie : « Ces symptômes varient selon les individus, et ils se déclarent à des époques variables.

« Quelquefois les suites de l'abus des injections se montrent au bout de quatre mois ; d'autres fois au bout seulement de plusieurs années. Ils sont caractérisés par la décoloration de la peau, la pâleur du visage, la sécrétion sudorale souvent augmentée. Si l'on découvre le malade on reconnaît à l'endroit des injections la trace des piqûres, quelquefois des abcès ou une infiltration du derme. Les yeux ont perdu leur éclat habituel, l'expression est morne et triste. Les pupilles sont rétrécies, et quelquefois inégales.

« Il existe de la sécheresse de la bouche, et du tremblement de la langue. La constipation est habituelle. Le pouls est petit, quelquefois tendu, parfois filiforme. Le plus souvent, ainsi que l'a signalé pour la première fois Lutaud, il existe de l'impuissance chez l'homme, et la menstruation est supprimée chez la femme. En ajoutant l'insomnie et les hallucinations, nous aurons examiné les plus importants phénomènes de l'intoxication morphinique. »

La maladie fait de rapides progrès ; les facultés s'affaiblissent, la volonté se perd, l'intelligence et la mémoire diminuent de plus en plus, le malade devient hébété, gâteux même, il n'a plus de réaction que quand il aperçoit une seringue de Pravaz et un flacon de morphine ; oh ! alors, il se réveille, ses yeux se remettent à briller, il implore pour qu'on n'ait pas la cruauté de les priver de leur idole ; si l'on fait mine de la lui enlever, un accès de rage peut le prendre, il volerait, il briserait, il tuerait pour avoir sa chère morphine. Quand il a obtenu satisfaction, il renaît à la vie pendant un temps variable. Si au bout de ce temps, ils ne prend pas une nouvelle dose, la torpeur reparaît, l'abrutissement, l'incapacité absolue. Pour ne pas être exposés à une telle honte, les plus intelligents se font à chaque instant de la journée une ou deux piqûres, tantôt en feignant de se retirer quelques secondes dans un coin, tantôt devant les personnes avec lesquelles ils sont en conversation, aux bras, aux mollets, au cou, etc., partout où ils reste encore quelqu'intervalle de peau non piqueté. Ces malheureux arrivent ainsi à se faire quinze, vingt, trente piqûres par jour. Il est facile de se faire une idée de l'état de la peau au bout de 3 mois d'un pareil exercice. Ce ne sont que petits trous, nouures, indurations, parfois même cicatrices, abcès, pigmentations ; et cela peut durer bien des années. Les malades arrivent ainsi à absorber dix, douze, quinze centigrammes, un gramme, et même deux grammes en 24 heures. Naturellement à ces doses, l'empoisonnement marche à grands pas, et c'est dans le gâtisme et le coma le plus complet que succombent ces gargantuas de la morphine.

M. le docteur Pichon dit qu'au point de vue étiologique on peut établir deux classes parmi les morphinomanes : ceux dont le mal a une origine thérapeutique, et ceux où il est d'origine passionnelle ; les morphinomanes de la deuxième catégorie se recrutent parmi les dégénérés héréditaires et les femmes hystériques. M. Lutaud a signalé la fréquence de la morphinomanie chez les prostituées.

Dans la classe aisée, beaucoup de personnes, soit pour tromper des douleurs morales, des chagrins, soit pour se procurer des plaisirs artificiels, s'adonnent volontairement et voluptueusement à la morphinomanie, y trouvant, non seulement, un oubli momentané de leurs ennuis, mais aussi une véritable ivresse des sens.

« Mais que la cause qui a conduit à la morphinomanie soit la douleur, la volupté, les chagrins ou la fatigue, peu nous importe, ce qui nous regarde, nous, médecins, c'est la guérison de la maladie.

« Au point de vue *médico-légal*, M. Ball nous a appris et nous lisons dans l'article du docteur Pichon, que *la morphinomanie ne doit jamais entraîner l'irresponsabilité, quand elle existe seule.* Une longue intoxication ayant amené un affaiblissement intellectuel peut cependant enlever à un morphinomane l'exercice intégral de son libre arbitre. Mais ici même il devra y avoir *seulement atténuation de responsabilité, responsabilité partielle.*

« Dans l'abstinence morphinique, l'état mental des malades est tout différent. Il existe des hallucinations et des impulsions irrésistibles.

« Quand le morphinomane aura volé dans le but de se procurer de la morphine qui lui manque, il devra être déclaré absolument irresponsable. Pour tout autre délit, sa responsabilité sera atténuée, vu l'état de l'obtusion intellectuelle dans laquelle le met son besoin de morphine. »

Généralement, les morphinomanes absorbent leur poison par la voie hypodermique, sous forme d'injections ; cependant, on cite quelques faits de morphinophagie, c'est-à-dire d'absorption de la morphine par la bouche. Un malade, cité par M. Pichon, prenait, depuis quatorze ans, de 0 gr. 30 à 0 gr. 50 centigr. de morphine par jour. Il l'absorbait non pas en injections hypodermiques, comme cela se fait habituellement, ni en ingérant l'alcaloïde en solution, ainsi que cela se pratique aussi, bien que plus rarement, mais il l'avalait en nature et y prenait un plaisir particulier. Ce mode d'intoxication paraît entraîner une symptomatologie particulière et des accidents plus graves que ceux qui sont produits par la morphine administrée en injections hypodermiques. Ainsi le malade présentait des troubles gastro-intestinaux plus accentués et plus douloureux que dans le morphinisme classique ; il était, en outre, atteint d'albuminurie grave.

Enfin, avant d'examiner la question du traitement de la morphinomanie, nous attirerons l'attention sur une complication extraordinaire de la maladie, que M. Pichon a signalée récemment : Il s'agit de diathèses réveillées par le nombre des traumatismes que produisent les injections fréquemment répétées.

Un malade avait eu une sciatique d'origine spécifique, pour laquelle on avait employé les piqûres de morphine. Il avait contracté, six ans auparavant, une syphilis des plus graves. La dose de morphine que le malade s'injectait n'a jamais dépassé 0 gr. 20 centigr. par jour. Dans ce cas, chaque injection provoquait l'apparition d'une plaque de rupia ou de pemphigus syphilitique à l'endroit de la piqûre. Bientôt le malade fut criblé de ces éruptions au point qu'il fut obligé, pour opérer sur des parties de peau tant soit peu saines, de se faire des piqûres sur

le scrotum et sur le fourreau de la verge. C'est là une nouvelle confirmation de cette doctrine de *l'influence du traumatisme sur l'état diathésique*, dont M. le professeur Verneuil a été le promoteur.

II

Quel traitement doit-on opposer à la morphinomanie ?

Les Allemands et à leur tête, Levinstein, de Berlin, les Anglais, George Thin, Maclagan, Richardson, M. Lutaud en France, sont partisans de la méthode dite de la *suppression brusque.*

Erlenmeyer est partisan de la suppression rapide; enfin, Laehr, Fiedler, Liedersdorff, Ball, de Paris, défendent la méthode de la *suppression lente, progressive.*

Comment se pratique la suppression brusque ? Au moyen de la séquestration complète, on prive subitement le morphinomane de sa funeste habitude. Il est impitoyablement enfermé et surveillé pendant plusieurs semaines, entièrement mis dans l'impossibilité de se procurer sa morphine. C'est ce traitement, qui est appliqué involontairement dans les prisons, quand un condamné se trouve être un morphinomane.

Les premiers signes d'abstinence se montrent chez les personnes délicates, au bout de 3 à 4 heures, et chez les personnes vigoureuses, au bout de 15 heures après la dernière injection : Ces signes sont un malaise, de la tension dans les membres, des bâillements, des éternuements, des frissons légers, etc. Il y a des céphalées, des gastralgies, des nausées, des vomissements, etc., mais le phénomène le plus redoutable de tous, est le collapsus grave. Dans ce cas on peut injecter 5 centigrammes de morphine. Car il est à noter que les symptômes graves de la suppression ne sont pas prolongés par les injections de morphine faites pendant le collapsus.

Levinstein pense que le sentiment de faiblesse qu'on voit se développer au bout de deux ou trois jours chez certaines personnes privées de leur stimulant habituel, est dû à la privation d'aliments, mais M. le professeur Ball dit qu'il est certainement dû à la suppression de la morphine. Car, dit l'éminent professeur, la faiblesse se développe et s'aggrave, le cœur souffre à son tour, le pouls s'affaiblit, devient irrégulier, se ralentit, tombe à trente ou quarante pulsations par minute, et devient enfin complètement insensible.

En même temps, la respiration s'arrête, la peau se refroidit et se couvre d'une sueur glacée.

Le sujet tombe en état de syncope, il a les yeux caves, les traits tirés, il offre les apparences de la mort.

D'une manière habituelle ces phénomènes redoutables se développent graduellement, ce qui donne au médecin le temps d'intervenir, mais ils peuvent survenir brusquement et ressemblent alors aux effets de l'empoisonnement aigu par la morphine. En général, le médecin a le temps d'agir par des douches, par des frictions sèches, par des injections de caféine et surtout de *sulfate de spartéine* à la dose de 5 à 10 centigrammes.

La suppression lente et graduelle n'a pas besoin de séquestration, mais d'une surveillance au moins aussi rigoureuse que la suppression brusque. Chaque jour, on diminue une ou deux injections, suivant le nombre auquel le morphinomane est arrivé.

Les phénomènes qui suivent toute suppression de la morphine sont en effet, comme dit M. le professeur Ball, moins violents dans la suppression graduelle, mais ils durent plus longtemps. Dans la suppression brusque les symptômes les plus graves sont surmontés au bout de 2 ou 3 jours, tandis que dans la suppression lente les malades souffrent des semaines entières sans qu'un seul des symptômes leur soit épargné. Un des plus chaleureux défenseurs de cette méthode dit que la chirurgie et la gynécologie nous enseignent que l'organisme supporte en général des assauts brusques et vigoureux, alors même qu'ils agissent avec la dernière violence, plus facilement que lorsqu'on les fait traîner en longueur. Le temps très long qu'exige le traitement graduel met bien plus à contribution les forces physiques et morales, car chaque nouvelle dose plus petite que celle de la précédente provoque de nouveaux phénomènes de réaction.

M. Ball insiste sur la difficulté de pratiquer la suppression brusque en dehors d'un asile et prétend que les graves accidents des 2 ou 3 premiers jours mettent les malades en danger de mort. Nous pourrions, en effet, citer des cas où les malades paraissaient avoir quelque peine à franchir la phase du début ; mais c'est une raison pour substituer à la morphine un autre alcaloïde contradictoire. La suppression lente a bien ses inconvénients : « La crainte continuelle dans laquelle vivent les malades de recevoir le jour suivant une plus faible dose de morphine les rend plus agités et plus excitables ; leur volonté pour la terminaison de la cure et leur énergie diminuent et ils cherchent à s'y soustraire. C'est alors que l'autorité et la confiance du médecin s'amoindrissent : il faut une surveillance de tous les instants, pour obtenir ce que l'on a prescrit ; il est nécessaire de s'entourer de toutes les précautions possibles afin que le patient ne puisse se trouver, même pour un moment, livré à lui-même ? Et où peut-on exercer un pareil contrôle mieux, ou même aussi bien que dans une maison spéciale, asile ou maison de santé ! Il est évident que l'état de besoin ne tardera pas à se faire sentir. C'est ici que le rôle du médecin traitant devient délicat et souvent difficile.

Il doit prêter une oreille sourde aux prières, plaintes, supplications et lamentations des sujets, car souvent, pour ne pas dire toujours, de sa force de caractère et de sa fermeté dépend la réussite du traitement.

Levinstein prétend que pour croire un malade radicalement guéri, il faut au moins *un an* d'abstinence. M. Ball est moins exigeant ; pour lui, si un morphinomane est resté six mois sans prendre de morphine, on peut le considérer comme guéri ; nous penchons vers cette opinion.

Dans le traitement de la morphinomanie, il est un certain nombre de particularités, qu'il est bon de ne pas perdre de vue. Tout d'abord, lorsqu'on cherche à tromper le malade en lui injectant de l'eau au lieu d'une solution de morphine, celui-ci s'en aperçoit facilement à la 3e ou

4e fois, car il n'éprouve pas avec l'injection d'eau la constriction épigastrique que produit la morphine à chaque nouvelle dose.

D'autre part, quand le malade a pu se procurer une injection de morphine en cachette, il est facile de s'en assurer par le moyen suivant : O. Jennings a constaté que lorsqu'un morphinomane souffre de la privation de morphine, le tracé sphygmographique présente un plateau systolique à chaque pulsation. L'absence de ce plateau indique incontestablement que le malade a trompé la surveillance.

Enfin, il est à remarquer que quand un morphinomane a été privé de morphine pendant quelque temps, de nouvelles injections lui procurent non plus du délassement et du plaisir, mais de la douleur et de la répugnance.

En somme, dans le traitement de la morphinomanie, nous croyons qu'il y a avantage à pratiquer la suppression brusque, en soumettant le morphinomane à un internement rigoureux d'au moins trois mois. Après ce temps, on se bornera à exercer une surveillance attentive sur lui, car il faut *au moins six mois* d'abstinence totale pour affirmer la guérison. Cependant, certains malades ne doivent pas être soumis à une règle commune ; comme le dit M. Deering, le degré d'empoisonnement, la manière de réaction, la prédisposition héréditaire ou personnelle, autant d'indications qui varient et se combinent dans chaque cas donné.

« Comme dans toute question de pathologie en dehors de la maladie, il y a le malade.

« Lorsqu'il s'agit de traiter la morphinomanie, c'est le morphinomane qu'il faut viser. Mais ce qui prime tout dans cette question controversée du traitement des morphinomanes et qui doit servir de guide dans le choix des méthodes, c'est l'isolement des malades.

« Toutes les méthodes de traitement de la morphinomanie ont leurs indications propres, mais la suppression brusque, peu employée jusqu'à ce jour, nous paraît devoir prendre une place importante dans la thérapeutique. La suppression brusque est indiquée dans les asiles chez les morphinomanes au début de la maladie, et chez ceux qui sont atteints d'un affaiblissement intellectuel appréciable. »

Quant à la prophylaxie de la morphinomanie, elle est certainement difficile, mais elle peut être essayée dans une certaine mesure. Les pharmaciens ne devraient pas délivrer de morphine sans ordonnance, et devraient exiger une signature du médecin à chaque renouvellement de dose ; d'autre part, au bout d'un certain nombre de ces renouvellements, les pharmaciens feraient bien d'avertir les médecins signataires ; car souvent les malades contrefont la signature pour se procurer de la morphine. On prend trop de précautions pour le laudanum, et pas assez pour la morphine.

Dr Paul HUGUENIN.

RECUEIL DE FAITS

Fièvre typhoïde. — Étranglement hémorrhoïdaire. — Infection purulente. — Empyème. — Alimentation forcée. — Guérison.

Je viens de transmettre à mon successeur, le Dr *Rigobert*, un cas assurément bien intéressant et qui, du reste, a tourné favorablement.

C'est encore un triomphe éclatant de l'alimentation forcée. Le malade, qui a toujours été d'une bonne santé, est âgé de trente ans environ et atteint d'un mouvement fébrile assez médiocre, 38 à 38 et demi. Ce mouvement, continu depuis neuf jours, sans altération apparente des solides, sans éruptions, etc., m'amène à établir l'existence de la dothiénentérie. Au quinzième jour la situation change, la langue se dessèche, la fièvre atteint 39 et 40 du matin au soir, et une colique abdominale assez violente pour nous donner des appréhensions au point de vue de l'intégrité de l'intestin (perforation) viennent nous sortir de notre quiétude.

Le malade pousse des hurlements et cependant la pression n'augmente pas les douleurs.

Quelques vomissements porracés embarrassent le diagnostic. Toutefois le pouls, plein d'ampleur, ajoute à cette considération que le péritoine ne saurait subir une influence phlegmasique, puisque la pression calme nous fait poser le diagnostic d'entéralgie intercurrente, dans l'absence surtout de tout phénomène hépatique ou rénal. Cette entéralgie s'accompagne de constipation et de l'issue d'un bourrelet hémorrhoïdaire très accentué et très suintant, à travers l'orifice de l'anus. Glace sur l'abdomen. Gr. hyoscyamine et de N. de morphine de quart d'heure en quart d'heure. Solution iodo-iodurée sur le processus hémorrhoïdaire. Au bout de quarante-huit heures, les douleurs ont disparu, bien que le bourrelet hémorrhoïdaire enflammé présente des points sphacelés. Dès le soir un frisson énorme vient nous terrifier. S'il se renouvelle et s'il résiste à la quinine nous avons une infection purulente résultant, soit de l'absorption par les plaques de Peyer, soit de la pénétration des matières septiques par les bouches hémorrhoïdaires. La continuité des frissons et l'impuissance des antipériodiques viennent affirmer, en effet, cette complication. — Cinq jours après le début de ces phénomènes, une congestion intense du poumon droit, accusée par une matière très nette, de l'expectoration sanguinolente, des râles muqueux fins et bien établis à la base, continue l'évolution des phénomènes septiques. Quarante-huit heures après, sous l'influence d'un large vésicatoire, la broncho-pneumonie septique est en voie de rétrocession et brusquement remplacée à gauche par une pleurésie à évolution rapide. Disons, que la veille, des phénomènes de péricardite sèche, annoncés par de l'oppression et des frottements superficiels isochrones aux mouvements cardiaques, nous avaient révélé la gravitation septique du côté des tissus fibreux. La péricardite disparaît sans exsudats liquides ; le liquide pleural s'accumule au point de refouler le cœur à droite ; la fièvre oscille entre 39° et demi et 40° et demi. Les frissons, malgré le sulfate de quinine, qui toutefois les modère, continuent et nous obligent, pour les combattre, à combiner le quinquina en poudre, le naphtol, l'arsenic et le salicylate de bismuth. Ces frissons sont tellement violents que le malade paraît menacé d'être emporté dans un accès pernicieux. Au point de vue alimentaire nous nous trouvons dans une impasse. L'alimentation exacerbe les typhoïdes ; d'un autre côté, elle s'impose dans les accidents septiques. A notre sens l'hésitation n'était pas permise. Si nous n'alimentons pas énergiquement, le malade ne résistera pas à l'infection purulente. La fièvre typhoïde n'est ici qu'un accessoire ; il faut que le malade mange et nous lui donnons de la viande

crue, du lait, des potages, du vin pur ou coupé et de l'alcool. Une thoracentèse s'impose. Au lieu de pus que nous pensions trouver, nous rencontrons un liquide sanglant et visqueux. Trois thoracentèses successives sont faites et enfin le liquide ayant viré au pus, nous plaçons un tuyau de caoutchouc rouge dans la plèvre; deux jours après, une douleur atroce, venue de l'épigastre, se renouvelant toutes les dix minutes nous apporte de nouvelles inquiétudes ; un goût déplorable dans la bouche, un peu de pus sorti par les voies buccales, nous mettent sur la voie d'une fistule pleuro-pulmonaire et d'un commencement de résorption (fièvre à 38 et demi de retour). Les injections d'eau stérilisée sont multipliées, la morphine est appliquée *loco dolenti et intus* et ces deux moyens combinés amènent rapidement l'amélioration.

Aujourd'hui, deux mois environ après l'empyème, le malade est complètement rétabli et débarrassé de la sonde pleurale. Il a augmenté de seize livres.

Dr REIGNIER (de Surgères).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les médecins militaires

Le *Progrès médical* a, récemment publié sous ce titre « *émoluments des médecins militaires* » un article relatif à quelques questions, qui, en raison de leur actualité, ne peuvent manquer d'intéresser tous les membres du corps médical et particulièrement les officiers du corps de santé militaire.

Cet article débute par une allusion aux difficultés que soulève la question si importante et non encore résolue du service militaire des étudiants en médecine. Tout a été dit sur ce sujet et nous nous bornerons à rappeler quel a été le rôle du *Concours médical* dans le mouvement d'opinion suscité à cette occasion (voir les nos du 20 août et du 17 septembre 1892).

Passant ensuite à l'examen de la situation pécuniaire faite à nos confrères de l'armée, M. Marcel Baudoin auteur de cet article, nous montre combien leurs services sont peu rétribués. Un tableau comparatif, mis sous les yeux du lecteur, permet de constater que la solde des officiers du corps de santé en France est de beaucoup inférieure à celle de leurs collègues de l'armée anglaise.

Parmi les moyens susceptibles de remédier à cette situation précaire, M. Baudoin propose d'élever au grade d'aide-major de 1re classe les jeunes médecins militaires à leur sortie de l'école d'application. Dans cette combinaison, le grade d'aide-major de 2e classe serait exclusivement réservé aux docteurs en médecine venant accomplir leur année de service dans l'armée en qualité d'officiers de réserve.

Comme M. Baudoin, nous demandons, pour la position de nos confrères de l'armée, une amélioration dont personne ne saurait contester la légitimité. Mais nous sommes obligé de reconnaître que sa proposition se heurte à une difficulté insurmontable, car elle est en contradiction formelle avec les dispositions de la loi qui régit l'avancement dans l'armée. Aux termes de cette loi, « *nul ne peut être nommé à un grade sans avoir passé un temps déterminé dans le grade immédiatement inférieur* ». Cette loi appliquée aux médecins, détermine que « *nul ne peut être nommé au grade de médecin aide-major de 1re classe, s'il n'a servi du moins deux ans dans le grade d'aide-major de 2e classe* ».

Toutefois, le mal ne nous paraît pas irrémédiable, et sans contrevenir aux prescriptions légales, nous estimons qu'il serait possible de faire participer nos confrères de l'armée aux avantages dont jouissent leurs camarades appartenant à d'autres corps.

Les officiers du génie et de l'artillerie sont promus lieutenants après deux ans d'études à l'école d'application de Fontainebleau, et c'est avec le grade de lieutenant qu'ils entrent à cette école. Ne serait-il pas de la plus stricte équité d'étendre cette mesure aux médecins militaires en leur conférant le grade d'aide-major de 2e classe lors de leur entrée à l'école d'application du Val-de-Grâce ? A leur sortie de cet établissement, il ne leur resterait plus qu'un an à attendre pour être promus au grade d'aide-major de 1re classe.

Cette solution ne réaliserait qu'en partie, il est vrai, l'amélioration si légitimement réclamée par M. Baudoin, mais elle aurait l'avantage de pouvoir être mise immédiatement en vigueur. Ajoutons qu'elle ne dérogerait en rien aux règles de l'assimilation.

Une autre question qui s'impose à l'attention est celle de l'avancement.

Dans l'organisation actuelle du corps de santé, la carrière est, pour le plus grand nombre, limitée au grade de médecin-major de 1re classe qui correspond à celui de commandant. Cette situation est loin d'être en rapport avec l'importance des services rendus. Dans la plupart des villes de garnison, le médecin-major de 1re classe cumule les emplois de chef de service, dans le corps de troupe auquel il appartient et de médecin traitant à l'hôpital. Obligé de se tenir constamment au niveau des progrès de la science, pour être à la hauteur des fonctions dont il est chargé, il a en outre des attributions administratives qui lui créent vis-à-vis de la direction du service de santé et du commandant une responsabilité des plus sérieuses. De là pour le médecin d'armée une tension intellectuelle de tous les instants et une activité physique, dont on chercherait en vain l'équivalent dans une autre catégorie d'officiers.

N'y a-t-il pas dans cette situation, un argument des plus puissants en faveur d'une augmentation de cadres, non dans les grades inférieurs, où on ne séjourne que trop longtemps, mais dans les grades élevés, en particulier ceux de principal de 1re et de 2e classe auxquels ne peuvent parvenir qu'un très petit nombre de privilégiés.

Que l'on examine, en effet, la proportion dans laquelle les médecins militaires peuvent prétendre au grade de médecin principal :

La loi du 16 mars 1882 a fixé à 45 le nombre des médecins principaux de 1re classe (colonels) qui est le même que celui des principaux de 2e classe (lieutenants-colonels). Ces derniers sont donc tous assurés de devenir principaux de 1re classe. Le grade de médecin-major de 1re classe, qui vient immédiatement au-dessous, compte 320 officiers. Ainsi sur ces 320 officiers il y en a

45 qui sont appelés à devenir principaux de 2e classe. Les autres seront retraités avec le grade de médecin-major de 1re classe (commandant). Quant aux médecins-majors de 2e classe (capitaines) dont le nombre a été fixé à 480, il n'est que trop facile de prévoir avec quelle lenteur ils parviendront au grade de médecin-major de 1re classe qui, pour les huit dixièmes au moins d'entre eux, sera le terme de la carrière.

L'examen de ces quelques chiffres suffit pour montrer combien il est urgent d'étendre les cadres du corps de santé, en ce qui concerne les grades supérieurs. Quant à la proportion dans laquelle ils devraient être élargis, plus elle sera élevée, plus la modification qui en résultera sera conforme à la justice.

En regard de cette situation, il n'est pas sans intérêt d'exposer quelles sont les conditions dans lesquelles est organisé le corps de l'*intendance militaire*. Le cadre de ce corps tel qu'il a été constitué par la loi du 16 mars 1882 comporte 50 adjoints à l'intendance (capitaines), 110 sous-intendants militaires de 3e classe (commandants), 100 sous-intendants militaires de 2e classe (lieutenants-colonels), 90 sous-intendants militaires de 1re classe (colonels). Grâce à cette organisation l'avancement dans le corps de l'intendance est des plus rapides, et aucun fonctionnaire de ce corps ne prend sa retraite sans être pourvu au moins du grade de colonel. Rien de plus juste que cet avancement rapide. Le corps de l'intendance se recrute parmi des sujets d'élite et l'importance des services que l'armée demande à ces officiers distingués justifie amplement la haute position, qui leur est faite. Mais dans le corps des médecins militaires, y a-t-il moins d'instruction, moins de zèle, moins de dévouement, moins d'importance dans la nature des fonctions, que chez leurs camara des du service de l'intendance ?

A l'opinion publique de conclure.

Dr EXPERTUS.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de Douai.

28 *mai* 1893.

Presents : MM. Sockeel, *Président*, Pollet, *Secrétaire*, Toison, Frey, Dransart (de Somain), Dransart (de Dorignies), Vallée, Défossez, Baude, Lambilliotte, Legrain, Deltombe, Buisson, Duflos, Lacment, Monnier, Desmoulin, Lenne, Caffeau, Houriez, Faucheux.

Excusés : MM. Vandamme, Watelle père et fils, Selle, Sarrasin.

Assurances sur la vie.

L'ordre du jour portait les questions suivantes :

Le médecin traitant doit-il, oui ou non, délivrer le Certificat demandé par les Compagnies d'Assurances sur la vie, à l'effet d'établir la nature de la maladie ayant occasionné la mort ?

Le Dr *Buisson* fait tout d'abord remarquer que cette question a déjà été traitée dans nombre de Sociétés et de Syndicats. La loi impose le Secret médical absolu ; cependant, il faut bien admettre qu'il est des cas où le médecin ne dépend que de sa conscience. Quand la divulgation de la cause du décès laisse intacte la mémoire du mort, et ne cause aucun préjudice à la famille, on pourrait délivrer le certificat. Si au contraire, le décédé est mort d'une maladie honteuse où héréditaire,ou s'il s'est suicidé, le médecin alors violerait, en délivrant le certificat, le secret médical, ou met dans de grandes inquiétudes pour l'avenir la famille tout entière.

Mais si le médecin, tantôt délivre, tantôt refuse le certificat, ce sera pour la Compagnie une présomption favorable ou défavorable, selon le cas. Par conséquent, couvert qu'il est par des arrêts judiciaires acquis, le médecin doit toujours refuser ce certificat.

Le Dr *Dransart* demande quelle conduite devra être tenue si le médecin-traitant est en même temps médecin de l'Etat civil. Il lui semble difficile de refuser d'un côté ce qu'il doit déclarer de l'autre.

Le Dr *Toison* pense que la difficulté pourrait être tournée en disant : *est mort de mort naturelle*. La majeure partie des Compagnies se contentent de cette affirmation.

Plusieurs membres font remarquer que cela sera facile quand aucune suspicion ou présomption n'existera sur le genre de décès, mais que le refus en cas contraire sera un avertissement détourné pour la Compagnie.

M. *Buisson* se demande si ces questions rentrent bien dans le cadre d'un syndicat, et se pose la question de savoir, si l'on doit imposer une règle de conduite. Il pense que non, et estime qu'en pareil cas, mieux vaut ne donner que des conseils, pour la raison que tous les médecins n'étant pas membres du Syndicat, si l'un refuse, un autre non syndiqué acceptera, ce qui nuira au médecin syndiqué.

A cette raison s'en ajoute une autre ; supposez une famille gênée, attendant le règlement de la succession pour entrer en possession d'une somme nécessaire de suite. Votre refus de certificat empêche le règlement, cette famille vous en rendant responsable, cherchera à vous nuire.

M. *Buisson* formule donc la proposition suivante :

« Le syndicat, tout en déclarant que mieux vaudrait en tout cas refuser le certificat, n'en fait pas une obligation, et laisse au médecin la latitude d'agir selon sa conscience. »

Le Dr *Baude* n'est pas de cet avis et pense qu'il vaudrait mieux établir une règle absolue, car, dit-il, ceux qui refuseront se créeront des ennemis, le contraire aura lieu pour ceux qui accepteront.

MM. *Buisson* et *Dransart* reconnaissent la véracité de cette assertion, mais maintiennent leur proposition, se basant sur ce fait que *la règle ne peut être absolue*, tous les médecins ne faisant pas partie du syndicat.

Cette proposition, mise aux voix, est adoptée.

La seconde question est connexe de la première.

Le médecin traitant doit-il refuser le Certificat dit Confidentiel demandé par les Compagnies d'Assurances-vie, lorsqu'un client doit contracter une assurance-vie ?

Dans le cas de négative, quel prix doit être demandé pour ledit Certificat ?

Le syndicat décide de le refuser en tout cas. Ici en effet, le client ne peut incriminer son médecin, car il a la latitude de s'adresser à un autre confrère, et le médecin traitant peut invoquer, de son côté, qu'il est de Règle Absolue que le médecin du proposant n'intervienne jamais dans ce genre d'examen. C'est à la Compagnie, si elle veut sa sécurité, à désigner un ou plusieurs médecins pour examiner le contractant, et corroborer les déclarations formulées par ce dernier.

La Compagnie la Prévoyance et les médecins de Somain.

Le Secrétaire expose que, comme cela avait été décidé dans la dernière séance, il a informé l'agent de la Prévoyance de la décision prise par l'Assemblée.

Cette Compagnie est toujours dépourvue de médecin ; un inspecteur devait s'entendre avec votre Secrétaire pour élaborer un projet qui vous eût été soumis.

Une circonstance imprévue ayant retardé cette entrevue, le travail vous sera soumis à la prochaine séance.

Toutefois, l'Assemblée, apprenant que certaines Compagnies ont déjà des Tarifs, invite le Secrétaire à les réunir, afin d'établir un travail aussi complet que possible.

Bonne note est prise de ce vœu, et la question reste réservée.

Sociétés de secours mutuels.

M. *Deletombe* demande que, pour la prochaine réunion, le Secrétaire demande aux médecins syndiqués, médecins des Sociétés de Secours Mutuels, de vouloir bien donner connaissance de leurs Tarifs, afin de pouvoir en établir un convenable pour sa commune.

M. *Monnier* demande que l'on étudie la question de savoir s'il ne serait pas possible d'obtenir de la Société des sauveteurs du Nord des honoraires plus rémunérateurs que ceux concédés. Il cite l'exemple d'une famille aisée ayant un médecin pour la famille tandis que le mari, membre de ladite Société, se fait soigner par le médecin de la Société, afin d'obtenir la réduction de prix.

Ces questions sont mises à l'ordre du jour de la prochaine séance.

Le Secrétaire,
Dr A. POLLET.

TRIBUNAUX

Prescription des honoraires médicaux.

« La prescription d'un an de l'article 2272 C. civ., « reposant sur une présomption de paiement, ne « peut pas être opposée à une demande formée par « un médecin en paiement de ses honoraires, lors- « que cette présomption de paiement est détruite « par les circonstances de la cause, spécialement « lorsque le défendeur a avoué implicitement n'a- « voir pas payé ce qu'on lui réclame, en déclarant « dans un acte de partage qu'en ce qui concernait « cette créance il se réservait de la payer après en « avoir vérifié l'existence. »

Ainsi jugé, par le Tribunal civil de la Seine, 7e chambre. Présidence de M. Mercier (6 *mai* 1893).

« Le Tribunal,

» Attendu que suivant assignation du 9 Juin 1891, Angot demande contre Jarry le paiement d'une somme de 400 francs pour honoraires de médecins ; que Jarry oppose la prescription de l'art. 2272 C. civ. ;

» Attendu qu'il est établi que le demandeur a donné ses soins aux époux Jarry, père et belle-mère du défendeur, de 1880 à 1888 ; que Jarry père étant décédé le 13 décembre 1888, Angot a réclamé à sa succession ses honoraires se montant à 800 francs ; qu'ils ont été portés pour cette dernière somme au passif des communauté et succession, et partagés par moitié entre Jarry fils et sa belle-mère la dame veuve Jarry ; qu'il résulte des pièces produites, et notamment d'une lettre de Bamard, notaire à Laval, chargé de la liquidation, à laquelle il a procédé le 18 juillet 1890, que la dame veuve Jarry a versé dès le 25 juillet 1890, par l'intermédiaire dudit notaire, entre les mains du docteur Angot, la part lui incombant ;

Attendu que le défendeur n'est pas fondé à opposer la prescription de l'art. 2272 C. civ. ; qu'en effet, cette prescription, reposant sur une présomption de paiement, ne peut être invoquée par le débiteur, lorsqu'il résulte de son aveu qu'aucun paiement n'a eu lieu ; que dans l'étude de partage du passif des communautés et successions Jarry père, le défendeur, a déclaré en ce qui concerne la créance dont il s'agit, se réserver la faculté de la payer après en avoir vérifié l'existence, ainsi qu'il aviserait ; que cette déclaration renferme un aveu implicite de non paiement qui la rend non recevable à opposer de son chef la prescription annale ;

» Qu'il n'est pas fondé davantage à l'invoquer du chef de son auteur, qui n'a pas payé la dette dont il s'agit, ainsi qu'il résulte du versement de la somme de 400 fr. fait par la dame veuve Jarry et l'acquit de la part de ladite dette mise à sa charge dans le passif de la communauté ; que la prescription d'un an n'est pas opposable lorsque la présomption de paiement est, comme dans l'espèce, détruite par les circonstances de la cause ;

» Attendu que les honoraires réclamés ne présentent d'ailleurs aucun caractère d'exagération ; qu'il échet de faire droit purement et simplement aux conclusions du demandeur ;

» Par ces motifs,

» Déclare Jarry non recevable à opposer la prescription de l'art. 2272 C. c. ;

» Le condamne, en conséquence, à payer à Angot la somme de 400 fr. pour les causes sus-énoncées, ensemble les intérêts de droit ;

» Et le condamne aux dépens. »

OBSERVATION. — La Cour de cassation décide d'une façon constante que les Tribunaux ne peuvent pas, pour écarter la prescription d'un an de l'art. 2272 C. civ., s'appuyer sur ce que la présomption de paiement est repoussée par les circonstances de la cause, sans déclarer d'ailleurs qu'il résulte de ces circonstances une reconnaissance de la dette. — Cass. 26 janv. 1881, D. 82, 1, 59 ; Cass. 4 nov. 1891, D. 92, 1, 316.

REPORTAGE MÉDICAL

La stérilisation du lait. — Nous avons fait, dimanche 18 juin, une très agréable et très intéressante excursion à *Arcy-en-Brie*. M. Nicolas le propriétaire de cette ferme, qui, nous a dit M. Weber, vétérinaire, était la plus mauvaise du département, est à

l'heure actuelle, une ferme modèle. Grâce à ses conseils et à ceux de M. Joulie, le chimiste si connu, cette exploitation a été soumise à l'emploi des procédés les plus scientifiques et économiques et les produits de l'exploitation rémunèrent largement son intelligent propriétaire.

M. *Nicolas* ne s'est pas borné à la culture la plus intensive et la mieux ordonnée. Il a spécialisé un des produits de sa ferme et le lait de ses 150 vaches a acquis une marque de premier ordre.

Lorsque de nombreux accoucheurs, lui ouvrirent la voie de la *stérilisation du lait*, M. Nicolas en vit les conséquences heureuses et s'engagea, sans hésiter dans la plus coûteuse, mais aussi la mieux comprise des installations.

Le lait est pasteurisé à 60-70 degrés lorsqu'il ne s'agit que de le préserver des effets des orages, de la fermentation, en vue d'une courte conservation.

Quant à la stérilisation, elle s'obtient par des appareils qui le portent à 101 degrés et le rendent absolument stérile, pour plusieurs mois pour les plus longs voyages, pour toutes les variations atmosphériques. Nous n'entrerons pas dans leur examen. Il a été fait d'une façon complète par une très nombreuse réunion de médecins qu'un train spécial a transportés, le dimanche matin, à Arcy et parmi lesquels nous avons remarqué MM. *Laborde, de Saint-Germain, Charpentier, Legroux, Comby, Sevestre, Delbet, Rondeau*, etc... auxquels s'étaient joints des représentants de la presse médicale et politique.

A la fin du plantureux et délicat déjeuner, des toasts ont été portés à M. Nicolas, pour le féliciter d'avoir contribué, avec les médecins à restreindre les affections intestinales de l'enfance qui font tant de victimes.

On a fait assaut de propos d'une gauloiserie toute médicale ! La palme de ce tournoi revient, sans conteste, aux représentants de l'orthopédie, de la gynécologie et de l'Académie. Des chirurgiens font la résection de la rate ; ceux qui *la dilatent*, ont eu bien plus de succès, le 18 juin, on est rentré à Paris à 6 heures, avec une tendance à l'hyperthrophie.

— *Election à l'Académie*. — M. le professeur Debove, médecin de l'Hôpital Andral, vient d'être élu membre titulaire dans la section de thérapeutique.

— M. le Dr Vidal, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis, vient de mourir. Son enseignement libre avait beaucoup de succès, et contribua beaucoup, certainement, au renom de l'hôpital Saint-Louis.

— *Nouvel amphithéâtre chirurgical à l'hôpital Necker*. — Voici que tous les hôpitaux se munissent peu à peu de salles d'opérations convenables, commodes pour toutes les précautions antiseptiques à prendre, dans l'intérêt des malades. On a inauguré il y a quelques jours à Necker le nouvel amphithéâtre des cliniques chirurgicales, destiné aux professeurs Guyon et Le Dentu. Une assistance nombreuse et choisie : Directeur de l'Assistance publique, Préfet de la Seine, Conseillers municipaux, Professeurs, etc., honoraient de leur présence cette cérémonie.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3804. — M. le Dr Levraud, à Montsoreau (Maine-et-Loire), présenté par M. le Directeur.

N° 3805. — M. le Dr Gaucherand, à Vals-les-Bains (Ardèche), présenté par M. le Directeur.

N° 3806. — M. le Dr Coupey, à la Ferté-Bernard (Sarthe), présenté par M. le Dr Leuillieux, de Conlie (Sarthe).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part du décès, à l'âge de 66 ans, du Dr Pleindoux, membre du Concours, chirurgien en chef des hôpitaux de Nîmes, qui jouissait de l'affection et de l'estime de tous ses confrères de la ville. Si la Société de médecine du Gard n'a pas prononcé son oraison funèbre, c'est, nous écrit le Président, Dr Perrier, parce que M. Pleindoux a exprimé le vœu qu'aucun discours ne fût prononcé sur sa tombe. M. Pleindoux était un chirurgien éminent et un artiste; il laisse aux siens le souvenir durable du meilleur des confrères.

Nous regrettons aussi le décès de M. le Dr Pitoux, de Vireux-Wallerand (Ardennes), membre du Concours médical.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'Ecole de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

Librairie-éditeur du **« Concours médical »**, la Société se charge de prendre tous les abonnements pour le compte de ses clients, de donner gracieusement tous renseignements sur devis d'impressions, ouvrages, etc. De plus, tous les genres d'ouvrages anciens ou nouveaux, médecine, science, littérature, voyages, etc., seront fournis aux membres du Concours médical avec une réduction de 20 % sur les prix marqués, frais de port et recouvrement, s'il y a lieu, à la charge du destinataire.

La *Société d'Editions Scientifiques*, établie sur les bases de la **Mutualité**, a pour principe de partager par moitié, entre les Auteurs et elle, *tout bénéfice* résultant de la vente des ouvrages.

Viennent de paraître :

Guide de diagnostic gynécologique, à l'usage des praticiens, par le Dr Berlin, avec une préface par le Dr Auvard, accoucheur des hôpitaux de Paris, et 69 figures dont une hors texte, in-8° de 225 pages, Prix net franco **4 fr. 80** pour MM. les membres du Concours médical.

« Je me suis proposé, dit l'auteur, de tracer au praticien une méthode qui lui permette de se diriger à bon escient dans la recherche du diagnostic. Voilà pourquoi je me suis étudié à tout simplifier, à tout schématiser, à me maintenir de parti pris dans le ton de la clinique de *tous les jours*. »

Ajoutons seulement que ce *Guide clinique* tant par son texte que par ses nombreuses figures est on ne peut plus clair et on ne peut plus pratique. Chaque cas est étudié suivant un ordre méthodique qui permettra au praticien de ne rien omettre et de gagner du temps.

L'Hygiène nouvelle dans la famille, par le Docteur Cancalon, membre du Concours médical. (Prix net franco : **2 fr. 80**.)

Le Docteur P. Le Gendre termine l'analyse de cet ouvrage par ces paroles (dernier numéro de l'*Union médicale*) :

« Le dernier chapitre, intitulé : *Comment on doit consulter le médecin*, mériterait d'être tiré à part et distribué dans toutes les familles aux frais des municipalités, tant il renferme en peu de pages de vérités bonnes à répandre.

En terminant, j'exprime le vœu que M. Cancalon continue ce qu'il a si bien commencé ; il y a encore tant de sujets du même ordre à traiter l'A des œuvres de vulgarisation comme la sienne, nous applaudirons toujours.

P. Le Gendre.

Le Directeur-Gérant : **A. CEZILLY.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année N° 26 1er Juillet 1893

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Les Médecins et la ligue nationale de la Mutualité.

(2e *article*.)

Avec des cotisations insuffisantes, en quarante années, les Sociétés de secours mutuels ont amassé des capitaux énormes. Ce résultat est si étonnant, qu'il importe de voir comment elles ont pu l'obtenir.

Elles n'ont économisé *ni sur les indemnités du chômage* causé par la maladie, que presque toutes délivrent avec une largesse relative, *ni sur les frais pharmaceutiques*, puisque les pharmaciens tiennent justement à être rémunérés d'après un tarif, réduit sans doute, mais qui donne au fournisseur des bénéfices suffisants, *ni sur les frais funéraires, ni sur les secours urgents*. Comment ont-elles donc constitué des réserves de plus de cent millions, en vue de pensions de retraites, de capital au décès..., etc. ?

C'est, disait en 1881, notre distingué confrère, le Dr Béraud (de Charlieu), parce que les médecins, à l'origine de ces Sociétés créées en vue de la bienfaisance et de la philanthropie, ont volontiers consenti des réductions sur leurs honoraires, *réductions telles qu'elles dépassent annuellement de beaucoup la somme des cotisations de tous les membres honoraires*.

L'assistance médicale, fournie aux Sociétés, a été évaluée par le Dr Béraud, à un franc par tête de participant (alors qu'en stricte équité, elle ne devrait pas descendre à moins de 3 ou 4 francs), de sorte que le prix moyen de la visite aux mutuellistes ne dépasse guère trente-cinq centimes.

Ce sont donc les sacrifices des médecins qui ont permis aux Sociétés de secours mutuels de fonctionner et de conquérir leur capital actuel.

En 1881, le Dr Béraud disait encore : « Il existe 7,000 Sociétés de secours autorisées (négligeant les 3,000 ou 4,000 qui ne l'étaient pas) » ; elles ont environ un million de membres inscrits et cent quarante mille membres honoraires, et elles possèdent en fonds de retraite 92 millions. Or, ces réserves viennent pour une part des subventions de l'État ; pour une autre part des membres honoraires; enfin, pour la plus grosse part, des réductions consenties par les médecins sur leurs honoraires, car, les recettes annuelles s'élevant à vingt millions, elles en dépensent seize, dont deux seulement pour les frais médicaux. Si on ajoute à ce million de participants les femmes et les enfants, qui, le plus souvent, n'ont droit qu'aux soins des médecins, on arrive à quatre millions de personnes qui, pour une somme de deux millions (0 fr. 50 par tête), peuvent requérir le médecin à toute heure. »

Depuis 1881, les choses ont marché, et ce ne sont pas les charges imposées aux médecins qui ont diminué !

Pour ce qui suit, nous nous en référerons aux constatations d'un rapport au ministre de l'Intérieur, rapport très documenté et présenté par un actuaire, M. Léon Marie, membre de la *Ligue nationale*, au nom de la Commission de comptabilité statistique et financière des Sociétés de secours mutuels.

Les Mutuellistes sont, en 1890, au nombre de 1.420.000, sans compter, bien entendu, les femmes et les enfants non cotisants, mais admis à participer aux soins médicaux.

Conçues, à l'origine, comme Sociétés de bienfaisance, elles sont devenues des *associations de prévoyance*, on pourrait dire, des *sociétés d'assurances*, puisqu'en réalité elles font une triple opération : assurance contre la maladie, contre la vieillesse, contre le décès prématuré (1).

(1) Nombre de Sociétés assurent en cas de décès prématuré de leurs membres une pension ou un petit capital à la famille.

Elles ne diffèrent donc des Sociétés d'assurances, qu'en ce qu'elles peuvent diminuer les cotisations de la surcharge nécessitée par la rémunération des actionnaires. Elles répartissent sur un grand nombre d'associés, afin de les rendre plus aisément supportables, les charges accidentelles qui écraseraient tel ou tel d'entre eux pris individuellement. La cotisation versée est du domaine de l'assurance. La bienfaisance ne vient qu'accessoirement, donnant des secours pris sur les cotisations, des membres honoraires, et sur les fonds versés par les donateurs ou par l'Etat.

Ou peut donc, aujourd'hui, constater une évolution telle que la plupart des Sociétés ont en vue le droit, l'assurance relevant la dignité humaine, que compromettent les œuvres de charité pure. Les mutuellistes veulent être des travailleurs prévoyants et non des indigents, et c'est comme tels qu'ils veulent traiter avec leurs médecins. *Ceux qui rédigent les statuts des Sociétés ne doivent donc pas perdre de vue que l'Assistance Mutuelle veut, avant tout, ne compter que sur elle-même et que les termes d'un traité équitable avec les médecins devront être établis scientifiquement par des calculateurs et par des statisticiens.*

En ce qui nous concerne, nous médecins, les calculateurs devront établir le nombre moyen des journées de maladie des sociétaires et leur prix de revient.

Ce prix serait certainement très supérieur aux prix actuels et obligerait les Sociétés à augmenter leurs cotisations, si les médecins voulaient compter.

Nous rechercherons les moyens d'entente, les compensations à établir en raison des sacrifices consentis, la nature des relations souhaitables entre les médecins et les mutualistes.

Si les Sociétés ne peuvent parvenir à concilier leur légitime désir de s'établir sur les bases du *droit* et non plus sur celles de la charité et de la philanthropie, nous leur exprimerons un désir des plus légitimes : celui de les voir, par leurs enseignements appuyés sur des chiffres, montrer à leurs sociétaires que le médecin est le premier de leurs bienfaiteurs, celui dont la générosité leur a permis, non seulement de vivre, mais encore de s'enrichir.

Grâce à ces salutaires enseignements des statisticiens, il ne saurait plus jamais venir à la pensée d'un mutualiste d'exprimer ce sentiment aussi misérable qu'erroné : *le médecin de la Société est payé, il faut qu'il marche* !

Non, le médecin n'est pas payé, il faut qu'on le sache ; s'il marche, c'est qu'il veut bien marcher ; et si le salaire est insuffisant, il faut qu'il soit complété par des témoignages de respect et de reconnaissance !

A. Cézilly.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le choléra du Midi.

Décidément l'hiver et l'été sont devenus inséparables de deux épidémies : depuis quelques années, l'influenza ne veut plus quitter l'hiver et le choléra revient sombre et menaçant avec l'été. Oh ! bienfaits de la civilisation moderne et des communications rapides ! Avec l'augmentation croissante des populations des villes, ces meurtriers fléaux finissent par s'établir endémiquement chez nous.

Le choléra sévit à Cette, dans le Gard, à Alais; il a même gagné Toulouse, l'Hérault est atteint et un de nos confrères vient d'y succomber à l'épidémie.

Les périodes de sécheresse torride que nous traversons, depuis quelques années et les pressions barométriques stationnaires et élevées que nous subissons, ne semblent pas être tout à fai[t]

FEUILLETON

Nouvelles à sensation.

L'administration de ce journal n'a jamais reculé devant aucun sacrifice, pour bien renseigner ses lecteurs, à l'heure la plus propice au bien-être de leur digestion : Ils veulent du nouveau, n'en fût-il plus au monde. C'est avec la pensée de satisfaire leur curiosité que je me suis mis en campagne et que je vous apporte le résultat de mes investigations. Elles représentent, je ne crains pas de le dire, une primeur savoureuse, émergeant de l'insipidité générale.

Je consens à boire de l'eau de Seine, durant tout l'été, si j'ai été devancé sur la piste des racontars. Oyez plutôt :

— Je vous apprendrai tout d'abord qu'on refuse des élèves au cours d'histoire de la médecine ; il n'y a pas assez de places disponibles pour les étudiants qui seraient désireux d'entendre l'éminent professeur : c'est à lui donner la jaunisse !

×

Un de nos maîtres, un de ceux qui sont vraiment maîtres d'eux-mêmes, est enfin parvenu à triompher de la routine et a eu l'excellente idée de faire des leçons, à la portée de son auditoire. — Il est scientifique avec discrétion, ne fait pas parade d'une stérile érudition et se contentera du semestre, pour enseigner aux futurs praticiens, désireux d'apprendre, les choses fondamentales qu'ils ont intérêt à connaître. — Les amis du progrès osent espérer que cet exemple sera suivi ; en attendant ils forment des vœux pour que cet innovateur devienne centenaire, respecté par tout le monde, ... même par le temps.

×

Le sympathique doyen de notre Faculté a demandé au ministre compétent de faire une abondante distribution de rubans rouges et violets, en faveur des médecins de campagne qui exercent depuis plus d'un quart de siècle et de plusieurs confrères, sans attache officielle ni plumet politique, qui font des cours libres avec beaucoup de distinction et de désintéressement, depuis de nombreuses années. Inutile de peindre l'ahurissement des résignés, qui ne comptaient plus entrer dans la terre promise de la chancellerie, et des véhéments aigris, dont les colères et les récriminations n'auront plus raison d'être.

×

On annonce la démission de plusieurs cumulards Mathusalems édentés, qui détenaient un nombre invraisemblable d'emplois, dont ils n'avaient pas besoin et qu'ils n'avaient ni le temps, ni les moyens de remplir. — Le partage de ces diverses sinécures va singulièrement favoriser les débuts d[e]

étrangères au réveil de la vitalité des spores infectieuses.

D'ailleurs, quoi qu'il en soit de la cause, protégeons-nous, il en est temps encore. Faisons nos provisions d'eau pure et ménageons nos forces.

La néphrite gravidique.

D'après M. *Lancereaux*, la néphrite gravidique se rapproche naturellement des néphrites pyrétiques, tant à cause de la localisation spéciale de sa lésion aux épithéliums du rein, que de son mode de terminaison le plus habituel, qui est la guérison. C'est une affection relativement peu fréquente et toujours obscure, du moins au point de vue des circonstances étiologiques. Effectivement, si elle était le fait de la gestation, toutes les femmes grosses devraient en être atteintes, ce qui est loin d'avoir lieu, et comme il n'y en a qu'un petit nombre, il faut bien que des conditions particulières président à son développement.

Cette néphrite, qui atteint de préférence les primipares, survient ordinairement dans les derniers mois de la grossesse, surtout dans les grossesses gémellaires, et, dans quelques cas, il lui arrive de récidiver. Le jeune âge est celui où on l'observe en général, car, sur 25 observations personnelles, elle s'est rencontrée entre dix-huit et trente ans. La constitution des malades, l'état de santé antérieure ne paraissent jouer aucun rôle important dans sa genèse.

Si l'on ignore encore la cause exacte de la néphrite gravidique, on peut croire, néanmoins, que cette néphrite est l'expression symptomatique d'une maladie générale, très vraisemblablement infectieuse, résultant d'un poison interne dont la nature resterait à déterminer.

Vers le 5e mois de la grossesse, le phénomène qui, d'ordinaire, attire l'attention, est un œdème, facilement distinct de l'œdème mécanique de la grossesse. Effectivement, tandis que celui-ci reste limité aux extrémités inférieures, celui-là envahit simultanément, avec les jambes, les parties génitales, la face et même les membres supérieurs. Ainsi, il est indiqué de pratiquer l'examen des urines, toutes les fois qu'il existe de l'œdème, et même en l'absence de ce symptôme, lorsque chez une femme, en état de gestation, les téguments viennent à se décolorer et à s'anémier. L'anémie est, dans la circonstance, un phénomène qui ne doit pas être négligé ; quant à l'état de la fonction urinaire, il mérite un examen des plus sérieux.

Les urines sont diminuées de quantité, sans qu'il y ait toujours de changement notable dans leur coloration ; leur poids spécifique est élevé, les réactifs ordinaires donnent lieu à un précipité abondant, floconneux, d'albumine. L'examen microscopique y relève rarement la présence de globules sanguins, plus souvent celle de cylindres fibrineux hyalins et de cellules épithéliales graisseuses. Les malades se sentent fatiguées, courbaturées; elles se trouvent affaiblies, mangent peu, ont parfois du dégoût pour certains aliments et, souvent, elles se plaignent d'essoufflement dans la marche, et accusent de l'insomnie la nuit.

Tantôt le mal aboutit à la guérison définitive, tantôt d'autres accidents viennent compliquer la scène.

Des troubles digestifs (vomissements verdâtres aussitôt après l'ingestion des aliments, diarrhée blanchâtre, inappétence) qui peuvent revêtir une certaine intensité, accompagnés de troubles nerveux (dyspnée, céphalée constrictive) peuvent faire présager l'apparition d'une crise d'éclampsie urémique.

La néphrite gravidique est une affection sérieuse, non pas tant par les désordres qu'elle engendre du côté des reins, puisque, la plupart du temps, ces désordres disparaissent entière-

---

quelques jeunes confrères, aussi instruits que besogneux ; leur lendemain sera ainsi à peu près assuré.

Qu'on ouvre les huîtres en l'honneur des retraités !

×

Durant un important conciliabule, il a été décidé que, dorénavant, dans un esprit d'intégrité des plus louables, la faveur et le népotisme ne joueraient plus aucun rôle dans les concours pour le bureau central et l'agrégation : — L'espoir-illusion est revenu dans le cœur de bien des candidats, qui n'avaient pas encore eu la chance de tomber sur un bon jury et qui considéraient l'avenir d'un coup d'œil éperdu de nageur, qui perd pied. — La justice, *l'éternelle blessée*, va cesser de boiter !

×

Les journaux déclarent qu'il n'y a qu'une voix (ce serait bien peu) dans la presse, pour flétrir la facilité avec laquelle certains chirurgiens tentent les opérations les plus redoutables, les laparotomies, les curettages et les mutilations les plus inutiles, et aussi pour protester contre le chiffre exorbitant de leurs honoraires. — Si bien que le public, ayant enfin reconnu qu'il est aussi difficile de faire un bon diagnostic médical et de traiter une affection aiguë ou chronique, que de faire la plupart des opérations courantes, se montre un peu plus généreux envers les médecins proprement dits, au détriment des manieurs de bistouris.

×

La Salpêtrière (le parc aux nerfs) a cessé d'être le rendez-vous des névropathes et des hystériques du sexe laid et du sexe laiteux ; ceux qui restent ne jouent plus la comédie et ne cherchent nullement à en imposer aux médecins, dans leurs expériences de métallothérapie, d'action à distance, de suggestion, etc...

Dorénavant, la vérité scientifique pourra sortir du puits, dans sa radieuse nudité, sans qu'on ait à rougir d'elle.

×

L'Académie est enfin installée dans un local spacieux, confortable et lumineux, où chacun peut entendre, où la presse curieuse et bavarde, en quête d'inédit, pourra prendre des notes, y jouir de l'esprit d'autrui, ramasser dans la vaste salle des pas-perdus les plus fins grains de sel, qui tombent avec tant de prodigalité, chaque mardi, des lèvres de nos célébrités scientifiques. C'est une ère nouvelle qui va s'ouvrir ; c'est l'âge d'or qui recommence.

Je n'en veux pour preuve que cette résolution imprévue : La vieille dame a décidé que dorénavant, au lieu de se donner congé, en apprenant le décès de l'un des siens, elle redoublerait au contraire d'activité et prolongerait sa séance, pour honorer la mémoire du défunt.

×

Le fait qui suit pourra paraître invraisemblable ;

ment, que par les conditions particulières dans lesquelles elle survient et surtout par les graves accidents qui en sont la conséquence, tant pour la mère que pour l'enfant.

Dans ces conditions, le rôle du médecin qui soigne une femme atteinte de néphrite gravidique, parvenue au cinquième ou au sixième mois de la grossesse, est de soumettre cette femme au régime exclusif du lait cru, de façon à la faire uriner et à éviter, dans la mesure du possible, une intoxication par l'alimentation ; puis il surveillera attentivement la fonction urinaire, et si, malgré le régime, la quantité des urines reste faible, il cherchera, par des moyens appropriés, à provoquer la diurèse ; sinon, il n'hésitera pas à prescrire un ou plusieurs purgatifs, de façon à éviter les accidents de l'urémie, et, lorsque ces accidents se produiront, il devra leur opposer une médication immédiate et énergique. Les troubles gastro-intestinaux seront modérés, plutôt que directement combattus, dans la crainte de voir des accidents nerveux survenir à leur suite. En pareil cas, l'emploi des narcotiques doit être proscrit ; par contre, on fera bien d'avoir recours à un vomitif chez les femmes albuminuriques qui ont des vomissements abondants et, quelquefois aussi, de l'emploi des diurétiques, lorsqu'il existe de l'insomnie, de la courbature, de la céphalée, phénomènes précurseurs du délire et des convulsions éclamptiques. L'indication est enfin aux purgatifs et aux diurétiques, dès que la sécrétion urinaire vient à diminuer; si les accidents sont redoutables, il importe de joindre à cette médication une ou plusieurs saignées et l'emploi du chloral à haute dose.

Les purgatifs et le chloral répondent à deux indications différentes : les premiers débarrassent le sang des matières excrémentitielles, qui élèvent le pouvoir excito-moteur de la moelle ou du mésocéphale ; le second, en diminuant l'excitabilité réflexe, prévient ou modère la crise éclamptique et généralement provoquée par l'accouchement au cours de la grossesse. On injecte dans le rectum, à sa partie supérieure, au moyen d'une sonde et d'une seringue ordinaire, un lavement de 4 à 5 grammes, et l'on répète cette opération à une dose moindre, de façon à maintenir la femme dans une résolution complète. Le chloroforme, à ce moment surtout, peut être d'une grande utilité, à cause de la facilité de son administration et de la rapidité de son action. La saignée n'est avantageuse que quand il existe du coma ou de la congestion pulmonaire. Enfin, on peut encore recourir à l'emploi de la teinture de cantharides à la dose de quelques gouttes.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Pathogénie et traitement du tétanos.

La notion de la nature infectieuse du tétanos est de conquête récente ; elle est déjà féconde en résultats prophylactiques, et nous réserve sans doute plus encore, pour le traitement de cette redoutable complication de plaies parfois minimes. Aussi, est-il peut-être intéressant, avant d'insister sur notre meilleure méthode de traitement à l'heure actuelle, de rappeler brièvement, ici, les remarquables travaux de ces dernières années.

Sous l'influence de la doctrine des germes, abandonnant l'ancienne conception qui faisait du tétanos une sorte de névrose réflexe, on s'est demandé si des micro-organismes, inoculés à la surface de la plaie, n'étaient pas seuls coupables de son apparition.

L'expérimentation ne devait pas, tout d'abord, confirmer cette hypothèse, et ceux qui les premiers tentèrent d'inoculer le tétanos de l'homme aux animaux et d'animal à animal ne compté-

---

mais, par Jéhovah, créateur des boules sidérales, j'en garantis l'authenticité : Deux médecins exerçant depuis vingt ans dans le même canton, sont restés constamment unis, sans qu'aucune mesquinerie ait jamais porté atteinte à la courtoisie de leurs relations.

On devrait bien élever une statue commune à ces deux frères Siamois, pour servir d'exemple aux générations futures et même présentes.

×

C'est à ne pas y croire, par le temps qui court ou plutôt qui dégringole, temps d'affaires et d'affairés, les fantaisistes, qui guérissaient tant de choses et dont les affiches remplissaient les vespasiennes des boulevards, « les larrons, amis des ombres », selon l'expression de Pierre Dupont, ont renoncé à venir en aide à l'humanité souffrant des blessures de Vénus. — Soit remords tardifs, soit que les gogos devenus moins nombreux, depuis que l'enseignement laïque a répandu partout son éblouissante lumière, la plupart de ces charlatans éhontés ont simplement cherché à se faire une fortune par des moyens que ne désapprouve pas le Code pénal.

Pas de commentaires, n'est-ce pas ; César luimême les refuserait.

×

Les consultations de l'Hôpital St-Louis et autres lieux ont cessé d'être fréquentées : La démocratie, qui n'est plus synonyme de médiocratie, se civilise vraiment et ne se syphilise plus.

Les ténors du socialisme peuvent roucouler la cavatine de l'égalité et donner l'ut de la revanche.

×

Les médecins militaires ont renoncé à exercer dans les villes de garnison. En voyant de pauvres père de famille, dans une situation plus précaire que la leur, payant une patente très lourde et criblés d'impôts, dont une partie sert à parfaire la solde des officiers du service de santé, ils ont été unanimes à reconnaître que l'équité la plus élémentaire leur faisait un devoir de ne pas enlever leurs clients à leurs confrères civils... si civils que la plupart se laissaient dépouiller sans protestations, sinon sans désespoir.

. . . .

En terminant, je rappellerai l'aphorisme de Zola, en tête de *La Débâcle* : — « Il n'y a de peuples virils, que ceux qui osent regarder la vérité en face. » — J'ai donc cherché à faire preuve de virilité, en promenant ma lanterne aux quatre points cardinaux. — Si nous avons été le jouet d'une illusion, ami lecteur, nous nous en consolerons en pensant que ce qui n'est pas véridique pourrait bien le devenir et le deviendra même certainement, un jour ou l'autre ; mais, palsembleu, ce n'est pas nous qui verrons cela !

Dr GRELLETY (de Vichy).

rent que des insuccès. Mais en 1884 s'ouvre la série des découvertes fécondes : Carl et Rattone inoculent à des lapins une émulsion provenant de la macération, dans l'eau distillée, d'un fragment de peau pris sur la plaie d'un tétanique : ils créent, chez la plupart, un tétanos type. Ils en concluent que le tétanos est une maladie infectieuse, mais ils n'en peuvent ni voir, ni cultiver le parasite. Viennent alors les recherches décisives de Nicolaïer ; il étudie les microbes du sol de l'institut d'hygiène de Gœttingue, et y trouve un bacille de forme spéciale, qui, inoculé aux animaux, provoque le tétanos. D'autres inoculations, faites dans des poches sous-cutanées, sur les animaux, avec de la terre recueillie dans les rues de Berlin, Leipzig, ou avec de la terre cultivée, ont un résultat identique.

Les observations, les expériences se succèdent alors, confirmatives de celles de Nicolaïer : et lorsqu'enfin Kitasato, en 1889, eût isolé en cultures pures le bacille tétanique, les études ainsi facilitées du bacille d'abord, ensuite du poison qu'il sécrète, de sa toxine, permirent d'établir sur une base inébranlable l'étiologie, la physiologie pathologique de l'infection tétanique.

Nous laisserons de côté l'étude, la morphologie du bacille de Nicolaïer : bâtonnet grêle, renflé à une de ses extrémités qui contient une spore : ce qui l'a fait comparer à une épingle, ou à une baguette de tambour. Mais il est un point important au point de vue pratique : ce microbe est très résistant aux agents physiques et chimiques, il conserve fort longtemps son action pathogène. Ainsi, Nicolaïer avait soumis à une température de 190°, pendant une heure, des terres tétaniques, sans parvenir à détruire leur pouvoir toxique. D'autres ont pu déterminer l'éclosion d'un tétanos violent chez les animaux inoculés avec le sang desséché d'un tétanique mort trois semaines auparavant. Un orteil de femme morte de tétanos, abandonné à la putréfaction depuis six mois, put créer, au bout de ce temps, un tétanos expérimental type. La connaissance de cette puissante vitalité, qui devait être si féconde en applications étiologiques et prophylactiques, permettait d'expliquer les cas de contagion possible à longue échéance, les réveils en apparence spontanés de certaines épidémies dans des localités infectées longtemps auparavant.

Le bacille tétanique commence, on le voit, à être bien connu. Un fait ressort avec évidence : il se trouve abondamment dans la terre qui avoisine les habitations. C'est là que l'a découvert Nicolaïer, et l'on a souvent constaté depuis que, pour provoquer le tétanos chez les animaux, il suffit de leur inoculer de la terre recueillie dans nos jardins, nos rues, et nos basse-cours. Citerons-nous encore un cas probant pour l'homme, celui de Benner : une écharde pénètre dans le doigt d'un individu qui meurt du tétanos : on trouve dans sa plaie le bacille de Nicolaïer, et on l'isole également dans la terre qui souillait le morceau de bois d'où provenait l'écharde.

Mais le sol est-il bien l'origine première du bacille tétanique ? Jusqu'à présent on admet deux groupes de maladies infectieuses : celles qui ont une origine animale, telles que la rage, la morve, et celles qui ont une origine tellurique, comme le choléra, la malaria. Dans quel groupe doit-on faire rentrer le tétanos ?

Ici la discussion reste encore ouverte entre Verneuil, qui soutient l'origine équine de cette affection, et la majorité des auteurs, qui n'admettent que l'origine tellurique.

Le tétanos, dit Verneuil, est d'origine équine, comme la rage est d'origine canine, bien que le loup et le chat soient susceptibles de contracter la rage, comme le charbon est d'origine ovine, bien que le cheval et le bœuf soient aussi capables de le donner. Cette idée, que Verneuil défend avec autant d'énergie que de talent, aboutit à cette conclusion : que la suppression du tétanos équin serait la suppression du tétanos même, car si le cheval n'est pas toujours tétanigène, il est constamment tétanifère. Verneuil ne soutient pas, toutefois, que le cheval soit toujours l'intermédiaire direct. L'homme peut, par exemple, recevoir le bacille de la terre ou de tout autre objet infecté préalablement par un cheval tétanique. Verneuil montre alors, à l'appui de sa thèse, que les professions surtout atteintes du tétanos sont celles qui sont le plus souvent en contact avec les chevaux : charretiers, cochers, palefreniers, vétérinaires ; il énumère la nature des agents le plus souvent vulnérants, représentés en général par des objets souillés par le contact d'un cheval tétanique (furets, harnais, machine agricole, terre, fumée) ; enfin, dans une enquête sur la distribution géographique du tétanos humain et équin, il conclut que le premier est rare, là où le second est lui-même peu fréquent, que l'un tend à disparaître lorsque l'autre diminue.

Mais tous ces arguments ont été critiqués, et l'opposition compte aussi des partisans éminents, et non moins convaincus : Perron, Gaulier, Nocard, Trasbot, Leblanc, etc.

Que le cheval soit tétanifère, ils ne le nient pas ; souvent blessé, il vit au milieu de la poussière de foin, de la terre fumée, travaille plus et plus vite que le bœuf qui, rarement frappé, marchant lentement, ne subit pas les mêmes fatigues. Mais le cheval n'est qu'un agent de contagion médiat entre la terre et le blessé. Cette prédisposition particulière de certaines professions, invoquée par Verneuil, relevait simplement du contact des hommes ou du cheval avec la terre. La prédominance, admise par lui, du tétanos dans la cavalerie en temps de paix, a été niée depuis : elle s'expliquerait, d'ailleurs, par la plus grande fréquence des blessures. Du reste, on signalait des cas en dehors de toute origine équine, tels, par exemple, les cas de tétanos sur navires en pleine mer, l'existence du tétanos dans des pays sans chevaux (régions de l'Afrique centrale). Quant à la distribution géographique du tétanos, on pourrait aussi bien l'expliquer par les propriétés tétanigènes du sol. Le tétanos complique surtout les plaies des régions en contact avec la terre, ou les plaies déterminées par les agents vulnérants traînant à terre. Toutes ces assertions tendraient donc à confirmer l'opinion première de Nicolaïer sur l'origine tellurique du tétanos.

Quoi qu'il en soit, que le microbe abonde surtout sur le cheval, dans la terre, ou qu'il se conserve ailleurs, son action pathogène n'est plus contestable. Mais on tend à admettre aujourd'hui que les symptômes caractéristiques du

tétanos sont le fait d'une action indirecte, et que le bacille ne les produit que grâce à la substance toxique qu'il sécrète. Le bacille, introduit dans une plaie, reste localisé au foyer d'inoculation : « Là, il sécrète ses produits solubles, qui sont entraînés par le courant lymphatique et sanguin dans tous les organes, et particulièrement dans les centres nerveux. Si la production du poison est abondante, rapide, le tétanos est rapidement fatal ; si la sécrétion est minime ou lente, les centres nerveux résistent ; mais l'organisme succombe en général aux effets de l'empoisonnement continu. La pathogénie du tétanos, dans ses diverses modalités, se trouvait de ce fait singulièrement élucidée » (1).

Ces notions s'appliquent au tétanos dit traumatique. La question du tétanos spontané se posait encore récemment, bien que depuis longtemps Verneuil ait combattu la théorie dualiste, et rejeté l'hypothèse qui voulait faire du tétanos médical une affection d'ordre rhumatismal. L'absence de plaie suffisait à créer ce dualisme. Mais est-il besoin de rappeler que nombre de cas en apparence absolue de spontanéité n'étaient que la conséquence d'un examen inattentif ?

De même le tétanos puerpéral, et le tétanos des nouveau-nés, ne diffèrent en rien du tétanos traumatique : seule la porte d'entrée varie, plaie utérine chez la mère, plaie ombilicale chez l'enfant ; la cause reste la même.

En face de ces notions étiologiques, il existe donc une première indication précise, pour la prophylaxie du tétanos : procéder le plus tôt possible au nettoyage complet et à la désinfection de toute plaie souillée par la terre, faire l'extraction des corps étrangers qui peuvent y avoir été introduits. Les blessures ou les opérations chez les charretiers, les cochers, les maraîchers, les paysans, chez tous ceux qui touchent à la terre ou au cheval, seront, après un lavage prolongé à la liqueur de Van Swieten à l'acide phénique en solution à 5 %, protégées par un pansement antiseptique.

Mais, tout en acceptant le bacille de Nicolaïer pour la cause efficiente du tétanos, il n'en faut pas moins compter avec les autres facteurs étiologiques notés par les anciens observateurs, et qui descendent simplement du rang de causes déterminantes à celui de causes adjuvantes : elles ne suffisent pas à engendrer le mal, mais elles préparent le terrain et le rendent fertile aux germes spécifiques.

De ces causes occasionnelles, le froid humide est une des plus efficaces ; son influence est signalée partout, et les chirurgiens militaires ont décrit les épidémies qui se sont abattues sur les blessés exposés au froid de la nuit. On évitera les courants d'air, qui refroidissent rapidement la surface du corps, on évitera les fenêtres ouvertes pendant la nuit, et les chambres mal closes.

Enfin on ne saurait trop insister sur le calme du blessé et le « repos de la blessure », une chambre isolée, loin du bruit, un pansement antiseptique à la gaze iodoformée et à la ouate, souple, doux, épais et rare, rempliront cette indication.

(1) Teissier. Du tétanos. *Semaine médicale*, 25 mars 1893.

Malgré ces précautions, le tétanos éclate : quelle conduite tenir ? Le traitement curatif comprend trois points : le traitement médical, le traitement chirurgical, et le traitement bactério-thérapique, ou mieux séro-thérapique : ces deux derniers encore à l'étude.

Le premier, avant tout symptomatique, procède d'une indication unique ; éviter tout ce qui peut réveiller les secousses convulsives, apaiser l'hyperexcitabilité de la moelle.

D'abord, isoler le malade, non pas seulement pour éviter la contagion, mais pour assurer au blessé le calme et le silence. Le tétanique est sensible au moindre bruit : un simple frôlement suffit à produire un redoublement convulsif. Aussi le relèguera-t-on dans une chambre obscure, où des tapis amortiront les pas.

On ne fera point parler le malade, on lui épargnera les moindres mouvements. Il faudra, si on le peut, suivant l'excellent conseil de Verneuil, l'immobiliser dans une épaisse lame de ouate, et le coucher dans une gouttière de Bonnet ; cet enveloppement maintient le tétanique dans une moiteur continue, et le protège contre les impressions extérieures amorties et atténuées. La gouttière permet de le soulever, sans douleur et sans gêne, pour les besoins du pansement, des selles et de la miction, pour recevoir des lavements alimentaires ou médicamenteux. Cette immobilité, l'absence d'excitations cutanées, l'obscurité, le silence, calment la moelle, et les secousses tétaniques s'espacent, grâce à l'ensemble de ces précautions.

Enfin on gardera dans la pièce où se trouve le malade une température constante, et l'on prendra les mesures d'urgence destinées à assurer l'alimentation, par l'écartement précoce des arcades dentaires au moyen d'un bouchon de liège ou d'un tampon de linge ; ce qui permettra d'éviter un cathéthérisme tardif, toujours pénible, souvent dangereux.

Deux médicaments ont fait leurs preuves dans le traitement du tétanos : l'opium et le chloral. L'opium s'emploie, sous forme de morphine, en injections hypodermiques. Grâce à son association au chloral, il est devenu le traitement de choix du tétanos : ces deux médicaments se complètent et donnent le sommeil et la résolution musculaire. Mais il faut savoir que les centres nerveux d'un tétanique leur opposent une résistance inattendue, et les doses doivent être massives et prolongées. Aussi, dès les premiers symptômes, dès que la nuque s'enraidit et que les masséters se contractent, ne faut-il pas craindre d'injecter 3 centigrammes de morphine et d'administrer de 10 à 15 grammes de chloral par jour, pour un adulte. Ces doses, suffisantes dans les cas moyens, seront augmentées si les convulsions persistent, et on a prescrit jusqu'à vingt-cinq grammes de chloral dans les vingt-quatre heures.

Ce traitement chloralo-morphiné sera continu et persévérant ; on ne le suspendra pas sous prétexte que les symptômes s'apaisent. « Le tétanos, nous dit Verneuil, est une affection de longue durée, périlleuse jusqu'au dernier jour. Si l'on chante victoire trop tôt, si on suspend la médication ou si on la change prématurément, les accidents reparaissent, et, plus d'une fois, détruisent le résultat de longs efforts. » D'ailleurs, le tétanique peut, sans péril d'intoxica-

tion, consommer des quantités considérables de chloral et d'opium. En 46 jours, le petit blessé de Méplain, chétif garçon de quatorze ans, absorbe 106 grammes de chloral et 220 centigrammes de morphine. Celui de Demmler ingère jusqu'à 25 grammes de chloral par jour, du 13 septembre au 15 octobre. Tout au plus, à la fin d'une longue cure chloralo-opiacée, pourra-t-on maintenir quelque temps la sédation médullaire par le bromure de potassium, dont l'action à la période des violents accès serait trop lente et trop insuffisante.

Sans extirper les incisives, sans se servir même de la voie nasale pour introduire une sonde uréthrale jusque dans l'œsophage, on profitera d'un entr'acte entre deux contractures massétérines pour alimenter suffisamment le malade : bouillon, lait, œufs. D'ailleurs, on a toujours la voie rectale utilisable pour les lavements médicamenteux, ou alimentaires.

Reste la question de l'intervention du traitement chirurgical. La névrotomie, la névrotripsie sont abandonnées depuis longtemps. L'amputation subsiste seule, après avoir été tour à tour admise et rejetée pour ses succès ou ses insuccès. Récemment encore, elle a été l'objet de fréquentes discussions à l'Académie de Médecine et à la Société de chirurgie : et la question reste en suspens. Berger l'accepte, considérant qu'une seule indication s'impose aujourd'hui : l'éradication de ce que nous savons être le foyer toxique, le lieu de sécrétion du poison tétanique. Nocard et Weber partagent son avis ; Verneuil le combat. Delorme croit qu'on doit faire l'amputation radicale, mais seulement lorsqu'il s'agit d'un segment de membre peu important ; dans le cas contraire, on peut se borner, pour détruire le bacille, à faire le curage de la plaie, en débridant largement et en employant des cautérisations.

En ces dernières années, on a essayé de combattre directement l'intoxication tétanique, et différentes tentatives ont été faites pour guérir le tétanos au moyen des injections de sérum d'animaux immunisés : c'est la méthode sérothérapique. Voici, en deux mots, sur quoi elle est basée. En 1890, Behring et Kitasato apprirent que les injections d'une substance chimique, que l'on sut plus tard être le trichlorure d'iode, rendaient les animaux absolument réfractaires au tétanos. Ils affirmèrent que le sang des lapins ou des chiens ainsi immunisés, possède la propriété de détruire le poison tétanique, et que cette propriété appartient aussi bien au sang extrait des vaisseaux qu'au sérum. Une nouvelle notion de la plus grande importance se trouvait ainsi acquise : la vaccination contre le tétanos. Depuis, Tizzeni et Cattani ont réussi à guérir les animaux tétaniques par des injections de sérum d'animaux immunisés.

Cette méthode, donnant à l'expérimentation de si brillants résultats, et d'ailleurs absolument inoffensive, pouvait être légitimement appliquée à l'homme. Les essais, d'abord timides, semblent se multiplier et se multiplieront sans doute plus encore. Quelques succès ont été obtenus à l'étranger ; les neuf cas relatés en France ont été moins favorables, et n'ont donné que deux succès. La parole reste donc à de nouveaux faits.

Notre conclusion pratique est que le traitement du tétanos est encore, à cette heure, contenu tout entier dans la formule de Verneuil : la médication chloro-morphinée, jointe à la suppression par l'isolement, le silence, l'immobilité, l'obscurité et l'emmaillotement dans la ouate de toutes les excitations sensorielles ou tactiles.

Cette méthode a donné des succès incontestables. Est-ce à dire que son efficacité soit absolue ? Il s'en faut, et les succès thérapeutiques varieront beaucoup encore suivant les variétés cliniques : on ne saurait mettre sur le même rang les tétanos suraigus, qui éclatent dès les premiers jours de la blessure, et ces formes chroniques, lentes, à débuts tardifs, à secousses musculaires rares et peu accentuées.

Mais la séro-thérapie, à titre de méthode préventive et curative, n'a assurément pas dit son dernier mot. Il est réservé à notre époque de tirer des données expérimentales, et surtout des tentatives si heureuses d'immunisation provoquée, des conséquences thérapeutiques rationnelles. Et l'avenir prouvera jusqu'à quel point les nouvelles méthodes, timidement appliquées jusqu'ici au traitement des maladies infectieuses, seront fécondes en résultats heureux.

JOURDAN,
Interne des hôpitaux de Paris

PHARMACOLOGIE

Du carbonate de gaïacol et du mode d'action des antiseptiques pulmonaires

Par J. BRISSONNET,
Professeur suppléant à l'École de médecine et de pharmacie de Tours.

Certains thérapeutes emploient le gaïacol comme antiseptique pulmonaire. Ils sont cependant gênés dans cet emploi par les propriétés caustiques et irritantes de ce corps ; on ne peut l'ordonner qu'à petites doses. On a cru posséder un corps aussi actif et non irritant dans le carbonate de gaïacol.

Le carbonate de gaïacol a pour formule :

$$\begin{matrix} C^6H^4\left\{\begin{matrix}OCH^3\\O\end{matrix}\right. & \\ & >CO \\ C^6H^4\left\{\begin{matrix}O\\OCH^3\end{matrix}\right. & \end{matrix}$$

On l'obtient de la manière suivante ; on fait passer un courant d'acide chlorocarbonique ou phosgène $COCl^2$ dans une solution alcaline de gaïacol, jusqu'à ce que, par addition d'acide chlorhydrique, la liqueur ne précipite plus. Le produit qui dépose pendant le passage du gaz est recristallisé dans l'alcool.

La réaction se fait entre deux molécules de gaïacol, sodé et une molécule d'acide chlorocarbonique.

$$\begin{matrix} C^6H^4\left\{\begin{matrix}OCH^3\\ONa\end{matrix}\right. & & & C^6H^4\left\{\begin{matrix}OCH^3\\O\end{matrix}\right. & \\ & +\ CO\left\{\begin{matrix}Cl\\Cl\end{matrix}\right. & =\ 2\ Cl\,Na\ + & & >CO \\ C^6H^4\left\{\begin{matrix}ONa\\OCH^3\end{matrix}\right. & & & C^6H^4\left\{\begin{matrix}O\\OCH^3\end{matrix}\right. & \end{matrix}$$

Gaïacol sodé. Acide chlorocarbonique. Carbon. de gaïacol

Le carbonate de gaïacol est un sel bien défini ; son point de fusion est entre 86 et 90 degrés. Il est inodore, insipide, insoluble dans l'eau ; il n'a pas d'action irritante sur les muqueuses.

Il ne trouble pas les fonctions digestives et passe sans se décomposer dans l'estomac des personnes bien portantes. Dans les estomacs malades, où il

se trouve en présence des produits de fermentation, le sel se dédouble et le gaïacol mis en liberté, agissant sur les bactéries, débarrasse l'organe de cette cause de désordre.

Le gaïacol se trouve dans l'urine une demi-heure ou une heure après l'ingestion de son carbonate. On arrive donc aisément à en introduire une dose suffisante dans la circulation.

Le carbonate de gaïacol n'est pas toxique. Il peut donc être administré à hautes doses.

Comment agissent le gaïacol et son carbonate dans la tuberculose pulmonaire ?

Très peu de médecins, et parmi ceux-ci Sommerbrodt et Schetelig, ont, jusqu'à ce jour, prétendu que la créosote et le gaïacol ont une action directe sur le bacille de la tuberculose. La plupart sont d'une opinion contraire, et, parmi ces derniers, les avis sont encore partagés.

Les uns considèrent la créosote et le gaïacol comme exerçant une action analogue à celle des amers, qui augmentent la sécrétion des sucs digestifs. Cette explication est, sans doute, très séduisante, car l'effet le plus frappant de ces médicaments et qui se manifeste le plus vite, c'est l'amélioration de l'appétit et de la digestion. La créosote et le gaïacol ont, à la vérité, une odeur forte et un goût brûlaut que possèdent presque tous les phénols libres ; propriétés en vertu desquelles ils exerceraient une action irritante susceptible de favoriser la sécrétion des sucs digestifs.

Mais c'est une erreur de voir, en cela, le principal effet, sinon le seul, de ces médicaments, car le carbonate de gaïacol a la même propriété d'exciter l'appétit, et à un degré peut-être plus élevé, tout en n'ayant ni goût, ni odeur, et en n'excitant pas les sécrétions stomacales, puisqu'il traverse l'estomac, pour ainsi dire, sans être dédoublé. On ne peut attribuer à ce médicament la propriété de favoriser la sécrétion des sucs digestifs. L'opinion que le gaïacol agit surtout comme les amers, en excitant la sécrétion des sucs digestifs, est réfutée, d'une façon encore plus frappante, par le fait que cette substance excite également l'appétit et la digestion, qu'elle soit absorbée par l'estomac ou injectée dans le haut de la cuisse. (Schetelig, *Deutsch. medecin. Zeitg.*)

L'autre opinion, partagée par très peu de personnes, que le gaïacol est spécifique contre la phtisie, parce qu'il exerce une influence sur le bacille de la tuberculose dans l'organisme, soit qu'il en empêche le développement, ou même qu'il le tue comme dans un verre à expérience, est également insoutenable, car les expériences mentionnées plus bas montrent que le gaïacol absorbé ne circule pas intact dans le sang, mais qu'il s'y trouve sous forme d'une combinaison nouvelle, encore peu connue (sulfoconjuguée?), ne possédant plus les propriétés corrosives du gaïacol libre et n'exerçant aucune action sur le bacille de la tuberculose.

A l'aide d'une sonde stomacale, il fut donné à un jeune lapin, en six et douze heures, 30 grammes de carbonate de gaïacol, délayé dans du lait, et trois, quatre, cinq.... vingt heures après, on a tiré du sang. Le sérum ne contenait jamais, en comparaison du sérum pur, de matières, en quantités notables pouvant arrêter le développement des bactéries les plus diverses. Il n'y avait même rien de particulier à remarquer, touchant une diminution de croissance des colonies isolées. On obtint le même résultat négatif avec une injection directe d'une solution fortement antiseptique d'un autre gaïacol — l'éthylcarbonate de gaïacol, liquide à la température ordinaire, non irritant. — On en injecta jusqu'à 15 grammes sous la peau des lapins, dont on tira le sang dix, vingt, trente, quarante et soixante minutes après ; jamais on n'y trouva le sérum stérile. (Holscher, Siéfert, *Berliner Klinisch.*

Ainsi tombe l'opinion — jusqu'ici appuyée sur quelques expériences de laboratoire — qu'il est possible, par absorption de fortes doses de gaïacol, de produire une antisepsie interne, une stérilisation du sang. Ce qui précède démontre l'impossibilité de soutenir les idées jusque-là dominantes sur l'effet du gaïacol dans le traitement de la tuberculose, effet en soi indubitable.

Une théorie nouvelle s'est faite : on a montré que le gaïacol ne circule pas dans le sang à l'état libre, mais sous forme de combinaison (sulfoconjuguée ?).

D'après cette théorie, le gaïacol se combinerait à la tuberculine, toxine sécrétée par le bacille tuberculeux, et cette combinaison s'éliminerait par l'urine. L'organisme deviendrait alors plus résistant aux bacilles, et il en résulterait une amélioration très marquée.

Dans l'urine, on devrait donc trouver de la tuberculine. Par la chimie ? Nullement. On connaît l'intensité d'action de 1 milligramme de tuberculine (diluée) de Koch. Un tuberculeux contient donc à peine un milligramme de tuberculine et il n'en éliminerait, par le gaïacol, qu'une fraction de milligramme dans un jour, quantité trop faible pour que la chimie puisse la déceler. La physiologie seule pourrait prouver la toxicité de l'urine d'un tuberculeux, et encore à une condition, c'est que la tuberculine soit éliminée sans modification.

On prétend que, dans la combinaison du gaïacol et de la tuberculine, cette dernière serait modifiée, en perdant du soufre qui se combinerait au gaïacol (?).

En résumé, pour la tuberculine, il y aurait modification et élimination.

De cette façon, le sang est délivré d'une manière durable de produits toxiques, dès qu'on lui fournit, d'une façon continue et en quantité suffisante, du gaïacol, et le carbonate de gaïacol est très propre à cette fourniture durable de gaïacol.

Ce sont les toxines produites pendant le cours de la maladie qui occasionnent la fièvre et les sueurs nocturnes, et qui influent sur l'appétit, la digestion et l'état général. En les détruisant, on fait disparaître la fièvre et les sueurs nocturnes ; on ramène l'appétit, la digestion et le bien-être général à l'état normal, phénomènes que l'on a constatés être produits par le carbonate de gaïacol, le gaïacol et la créosote.

La théorie ci-dessus développée, concernant le mode d'action du gaïacol, peut s'appliquer à toutes les substances médicinales, telle que l'antifébrine, la phénacétine, les alcaloïdes divers, etc., qui, comme le gaïacol, entreraient en combinaison avec les toxines.

Le gaïacol, particulièrement sous forme de carbonate, doit donc être, dans ce sens, considéré comme un remède sérieux contre la phtisie, ce qui n'exclut pas la possibilité de trouver un remède plus héroïque. Il faudrait que cette nouvelle substance fût plus propre que le gaïacol à la liaison, puis à l'élimination de la tuberculine qui se trouve dans le sang d'un phtisique.

Par voie de généralisation, on est porté à supposer que, dans la plupart des maladies infectieuses, on se bornera principalement à éloigner de l'organisme, au moyen de médicaments spécifiques, les matières toxiques sécrétées par les agents de la maladie, et à rendre ainsi l'organisme capable de concentrer toutes ses forces pour combattre ces agents.

(*Répertoire de Pharmacie.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Constatations de décès et certificats.

Le maire qui requiert un médecin pour constater un décès est-il tenu d'accepter les conclusions du certificat délivré par ce médecin ?

La question est posée par un de nos confrères de la Seine-Inférieure à la suite d'incidents que

relate suffisamment la lettre suivante, qu'il a adressée au Préfet de ce département :

A M. le Préfet de la Seine-Inférieure.

Monsieur le Préfet,

Aujourd'hui, 25 mai 1893, on est venu me chercher, pour constater le décès d'une ouvrière de filature demeurant à B...

Presqu'au même instant j'ai reçu un télégramme de M. C..., manufacturier, chez lequel cette ouvrière travaillait, ainsi conçu :

8 h. 40 matin.

« Prière venir immédiatement chez R..., à B..., « fille décédée subitement ce matin, faire connaître « cause décès.

C... »

Je me rends à B... au domicile indiqué et après constatation minutieuse du décès et enquête rétrospective, je libelle un certificat de décès en ces termes :

« Je soussigné certifie que Mademoiselle R..., « âgée de 17 ans, est décédée le 25 mai 1893 vers 7 « heures du matin environ.

« Le décès me semble naturel : mais sa cause est « impossible à indiquer en raison de l'absence de « symptômes de maladie, observés antérieurement.

« La mort a été rapide, inattendue :

« Si l'administration exigeait un diagnostic plus « précis, il serait nécessaire de pratiquer l'autopsie « du corps de la décédée.

« En foi de quoi, etc..... »

En même temps je faisais connaître à M. C... que la fille R... était décédée, mais que la cause de cette mort, quoique naturelle, m'était inconnue.

Je donnai au frère de la morte le certificat à remettre immédiatement à M. le Maire de B... et la note pour M. C...

Vers 4 heures de l'après-midi, le frère de la défunte vint me trouver dans mon cabinet, de la part de M. le curé de B..., pour m'apprendre que M. le Maire de B... n'autorisait l'inhumation qu'après un délai de 48 heures, me demandant de faire un autre certificat.

Comme je n'ai pas de certificat à remettre à l'autorité religieuse et que je considère celui qui a été délivré à l'autorité municipale comme suffisant ; j'ai refusé cette nouvelle attestation comme inutile, j'ai pris le parti de porter à votre connaissance, M. le Préfet, le récit de ce qui s'est passé.

M. le Maire de B..., supposant que la mort n'est pas réelle, a fait surseoir à l'inhumation au delà du délai légal de 24 heures.

Mais alors, M. le Préfet, à quoi sert le certificat de décès, fait après constatation par un médecin, interrogeant non seulement l'assistance et les témoins de la mort, mais exagérant pour ainsi dire ses investigations, puisque dans ce cas particulier il avait affaire à un être jeune, à l'âge où la mort subite est rare, ayant les apparences de la santé ; appartenant à un établissement dont il est le médecin depuis plus de 11 ans, connaissant à fond tout le personnel ouvrier des Etablissements C. .

J'ai pu constater, en dehors de l'aspect général, la perte de la sensibilité et je m'en suis assuré par la brûlure des téguments ; la roideur cadavérique ; l'abaissement de la température, l'absence de la respiration et des bruits du cœur et surtout l'absence de la circulation démontrée par les lividités cadavériques dues au décubitus. Ces derniers phénomènes sont considérés comme des signes constants de la mort.

D'autre part, M. le Préfet, la maison de la décédée est située dans un quartier pauvre de B..., où il y a encombrement ; la demeure est petite et sert à loger une famille de 4 personnes adultes (3 maintenant).

Le séjour prolongé de ce cadavre dans une couche occupée par 2 personnes habituellement pendant 48 heures, en tenant compte de la chaleur de la saison, me semblent être des conditions absolument antihygiéniques.

Mais, en somme, M. le Préfet, la question sur laquelle je désire appeler votre attention est celle-ci :

A quoi sert le certificat de décès dressé par un médecin, si on conteste sa véracité en ne s'appuyant sur rien de sérieux (rumeur publique, accidents nerveux antérieurs, état habituel de somnambulisme, de catalepsie ; attaques hystériques, etc.), et qu'on en annule la valeur, et les conséquences qui en découlent, sans s'être rendu compte de visu de la réalité ou de l'apparence de la mort ; sans qu'un second médecin soit venu affirmer ou contredire la teneur du certificat délivré par un premier médecin.

Si un tel état de choses devait exister, je refuserais de faire les constatations mortuaires et je ne délivrerais plus de certificats de décès.

Car enfin, le dilemme est étroit ; ou cette fille est morte et il faut l'inhumer dans le délai légal de 24 heures, ou je me suis trompé, et alors je dois être blâmé : le retard dans l'inhumation serait un blâme immérité, dans l'espèce, qui me serait infligé.

J'ose espérer, M. le Préfet, que vous donnerez des ordres pour que cette injustice ne soit pas consommée.

Veuillez agréer, M. le Préfet, etc...

Nous ne savons ce qu'il est advenu de cet incident particulier. Mais ce que nous savons, c'est que l'article 77 du Code civil est ainsi conçu :

Aucune inhumation ne sera faite sans une autorisation, sur papier libre et sans frais, de l'Officier de l'Etat civil qui ne pourra la délivrer *qu'après s'être transporté auprès de la personne décédée, pour s'assurer du décès*, et que vingt-quatre heures après le décès hors les cas prévus par les règlements de police.

On voit que, si la loi défend de procéder à l'inhumation moins de 24 heures après le décès, elle ne défend pas d'attendre plus longtemps et que, d'autre part, seul l'Officier de l'état civil est chargé de la constatation : il peut, sans doute, se considérer comme incompétent et prendre l'avis d'un médecin — légalement c'est lui qui fait la constatation et décide.

De plus, l'article 3 de l'ordonnance de police de Messidor, an XII, ajoute que le Maire ou l'Officier de police *peut suspendre l'inhumation*, notamment s'il y a mort violente, soupçon de crime ou délit.

Or, *notamment* n'a jamais eu le sens d'exclusivement, et s'il y a notamment, c'est que d'autres cas peuvent se présenter : la crainte de mort apparente, par exemple.

Le Maire est donc absolument dans son droit lorsqu'au certificat médical il veut joindre sa conviction personnelle sur l'état de mort réelle du *de cujus*, comme on dit au Palais.

D'ailleurs, le certificat médical de notre confrère, s'il conclut à la mort, ne parle pas des délais d'inhumation. Mais eût-il réclamé l'inhumation anticipée, le Maire aurait pu n'en pas tenir compte, car si l'avis du médecin est obligatoire en pareil cas, il n'est dit nulle part qu'il soit suffisant.

Nous le répétons, le Maire, en pareil cas, peut décider comme il l'entend.

Notre confrère déclare que dans ces conditions, il refusera de constater les décès et de délivrer des certificats. — Mais personne ne peut l'y obliger, hors les cas de réquisition par l'autorité judiciaire. Mais qu'arrivera-t-il ? Le Maire

se passera du certificat ou bien chargera des constatations un autre médecin qui, vraisemblablement, acceptera la mission.

Et ensuite ? — Le confrère qui nous écrit sera encore plus vexé de voir un médecin étranger pénétrer chez ses clients pour constater les décès.

Sachons donc ne pas prendre la mouche pour des questions qui nous importent si peu. — Que diable cela peut-il faire au médecin que le Maire ajourne une inhumation ?

Il y a, dira-t-on, la question d'hygiène. — Sans doute, mais comme jusqu'à présent, l'hygiène publique n'a guère été qu'une expression vide de sens pour beaucoup, comme le médecin n'a aucune autorité réelle, comme l'outillage est nul dans la plupart des communes, comme...... attendons des temps meilleurs, et laissons les Maires administrer selon leurs aptitudes spéciales.

A. Gassot.

BULLETIN DES SYNDICATS

Union des Syndicats

Formalités à remplir pour la constitution des Syndicats médicaux.

Un certain nombre de confrères nous demandent quelles sont les formalités qui doivent être remplies pour assurer aux Syndicats médicaux l'existence légale.

Nous avons publié en 1884, la circulaire adressée aux Préfets par M. Waldeck-Rousseau, Ministre de l'Intérieur. Nous croyons inutile d'y revenir et pensons qu'il suffira de bien préciser quelques points.

Tout d'abord les statuts, s'ils parlent du régime sous lequel vit l'association, doivent dire que le Syndicat est régi par la loi du 21 mars 1884. En conséquence, les Syndicats qui auraient porté la mention : *la forme légale de l'Association est la Société civile*, devront faire disparaître cette mention.

Nous rappelons d'ailleurs que l'*Union des Syndicats médicaux de France*, d'après ses statuts, ne peut admettre que les Syndicats régulièrement constitués en vertu de cette loi du 21 mars 1884.

Les formalités de dépôt pour les statuts et la liste des administrateurs sont les suivantes :

1° Le dépôt doit être fait à la mairie de la commune où se trouve le siège social du Syndicat.

2° Le dépôt doit être fait *en quadruple exemplaire* (un pour la Mairie, un pour la Préfecture, un pour le Ministère et un pour le Parquet.)

3° Ces quatre exemplaires des statuts doivent être certifiés exacts par le Président et le Secrétaire du Syndicat.

4° La liste des administrateurs (Président, Vice-Présidents, Secrétaires, Trésorier, membres du Conseil Syndical..... tous ceux en un mot qui, à un titre quelconque, sont chargés de l'administration ou de la direction du Syndicat) doit comprendre : les noms, prénoms, dates de naissance, lieux de naissance et résidences.

Elle doit pareillement être dressée en quatre expéditions certifiées par le Président et le Secrétaire.

5° Tout changement dans les statuts ou dans la composition du Bureau ou des Conseils dirigeants doit faire l'objet d'une nouvelle déclaration.

Nous devons ajouter que les directeurs ou administrateurs des Syndicats sont tenus responsables des infractions à ces dispositions et peuvent être punis d'une amende de 16 à 200 fr.

Il y a donc avantage pour les Syndicats à ne faire figurer dans les statuts que les articles indispensables, et à compléter au besoin ces statuts par des règlements intérieurs toujours modifiables sans que la formalité du dépôt soit exigible.

Syndicat médical du Cher (Région Nord)

24 *avril* 1893.

Présents : MM. Decencière, *Président* ; Gressin, Deroin, *Syndics* ; Courrèges, *Secrétaire-Trésorier* ; Barbé, Deschamps, Caskay, Combaud, Ravier, Maydien, Lefévre, Muguier, Motta et Lintillac.

Une revision des statuts tendant à les mettre en harmonie avec la loi est adoptée.

Syndicat Départemental.

M. *Courrèges* expose la nécessité de créer dans le département du Cher une association professionnelle départementale ; ce sera le moyen le plus efficace d'établir et d'entretenir des rapports confraternels entre des médecins qui, bien qu'éloignés, ont des intérêts similaires ; ce sera aussi le moyen de donner aux décisions qui seront prises une autorité incontestable. M. *Courrèges*, à l'appui de son dire, cite l'exemple des Syndicats du Loiret et de la Loire-Inférieure et donne communication des lettres qui lui ont été adressées par MM. les Drs Gassot et Porson.

Après discussion, le Syndicat, reconnaissant l'utilité d'une organisation plus large, donne mandat à son secrétaire de poursuivre, d'accord avec les autres syndicats qui paraissent favorables à cette idée et avec la Société locale que le Dr Courrèges saisira de la question, la création d'un Syndicat départemental ayant son siège à Bourges.

Le Syndicat déclare en outre donner ses préférences à l'organisation qui fonctionne depuis onze années dans le département du Loiret à la satisfaction de tous.

Le Secrétaire,
Dr Courrèges.

Association Professionnelle des médecins de Rouen.

31 *mars* 1893.

Présents : MM. de Welling, *Président* ; Brunon, *Secrétaire*, Debout, Cerné, Douvre, Helot, Pris, Mlle Roussel, Ballay, Giraud et Delabost.

La correspondance comprend : Une lettre de MM. Rocher, Réville et Georges Bouju demandant leur admission dans l'Association.

MM. *Gervais* et *Lireux*, ayant réuni la majorité des suffrages, sont nommés membres du Syndicat.

Tarif.

M. *de Welling* distribue un modèle du tarif.

M. *Helot* demande qu'il soit décidé par une règle fixe comment sera rémunéré le médecin consultant : il serait préférable que le consultant soit rémunéré immédiatement par la famille.

MM. *Douvre* et *Ballay* font remarquer qu'il y a une distinction à établir suivant que le consultant est appelé par le médecin traitant ou par la famille.

M. *Cerné* ne trouve pas cette distinction fondée parce que les cas sont mixtes, le médecin propose une consultation et la famille choisit le consultant.

M. *Giraud* propose que la consultation soit réglée de suite ; à Bordeaux, la consultation est réglée immédiatement aux deux médecins.

Il est décidé qu'il sera ajouté à l'article 7 du tarif la phrase suivante : « Le médecin traitant se chargera autant que possible de faire régler immédiatement la consultation. »

Certificats et constatations.

M. *de Welling* lit la lettre suivante qui a été remise à M. le Maire de Rouen, à propos des certificats d'aliénation mentale et de mort violente :

Monsieur le Maire,

Lorsqu'un malade d'un des hôpitaux de la ville est dans le cas d'être transféré d'office dans un asile d'aliénés, le certificat délivré par le médecin du service dans lequel il se trouve, n'est pas accepté par le commissaire de police.

Il en est encore de même lorsqu'il s'agit d'un placement volontaire dont la police a eu connaissance parce qu'on s'est adressé à elle, soit pour qu'elle prête main-forte soit pour avoir une camisole de force. Dans ces circonstances le commissaire de police n'accepte pas davantage le certificat délivré par le médecin de la famille.

Dans tous ces cas, le commissaire de police délègue, d'après les instructions qu'il a reçues à ce sujet, un médecin spécialement désigné par un arrêté du maire en date du 11 mars 1884 pour la constatation des cas d'aliénation mentale. Cette manière de procéder, qui est du reste particulière à notre ville, et qui n'est nullement conforme à la loi du 30 juin 1838 sur le placement des aliénés, a suscité, à diverses reprises, des difficultés qui ont été signalées dernièrement par un membre du corps médical à la commission du budget du Conseil municipal.

Notre Association professionnelle a également eu à s'occuper de la situation étrange qui est ainsi faite aux médecins dont on dédaigne les certificats et a même exprimé dans la dernière séance, à l'unanimité des membres présents, le vœu que cet état de choses soit modifié dans un sens plus conforme à la dignité professionnelle.

On peut faire les mêmes réflexions sur la manière dont se font les constatations des morts violentes. Là aussi le certificat délivré par le médecin de la famille est de nulle valeur ; le commissaire de police n'acceptant que les certificats délivrés par le médecin désigné par le même arrêté

Or l'article 23 de la loi du 30 novembre 1892 spécifie très explicitement que tout médecin est tenu de déférer aux réquisitions de la justice, ce qui veut nécessairement dire que le certificat délivré par tout médecin doit être tenu pour valable.

Pour répondre à la mission qui nous a été confiée par les membres de l'Association nous avons donc l'honneur de vous prier, Monsieur le Maire, de bien vouloir donner les instructions nécessaires pour qu'à l'avenir les certificats délivrés par n'importe quel médecin soient acceptés par MM. les Commissaires de police aussi bien pour les constatations des cas d'aliénation mentale que pour celles des morts violentes.

En raison du grand nombre de médecins instruits et dévoués qui exercent à Rouen, et dont le concours est toujours acquis à l'Administration municipale, il y aurait peut-être lieu dans l'intérêt même du service à avoir dans chaque commissariat la liste des médecins désireux de donner leur concours dans ces circonstances. C'est la solution que notre Association serait heureuse de vous voir adopter et que nous soumettons très respectueusement à votre équité et à votre bienveillance.

Veuillez agréer, etc.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Cerné, Giraud et Douvre, la Société décide que le Bureau écrira au Maire pour lui dire qu'il s'en rapporte à sa sagesse.

Bureau.

M. *Douvre* propose de nommer un président, un vice-président, un secrétaire des séances, un secrétaire de correspondance, un trésorier-archiviste et deux conseillers. *Adopté.*

M. *Helot* propose que les deux présidents sortants fassent partie du Conseil. *Adopté.*

Sages-femmes.

M. *de Welling*. — Il est absolument contraire à la loi que les sages-femmes mettent sur des écriteaux des indications visant le traitement des maladies des femmes et des enfants. A Marseille, les médecins ont eu gain de cause contre elles. La Société veut-elle s'occuper de cette question ?

La Société demande qu'on attende la promulgation de la loi sur l'exercice de la médecine.

Le Secrétaire,
Raoul Brunon.

Nouveau Syndicat.

Un nouveau Syndicat vient de se former à Cambrai (Nord). Il comprendra tous les médecins de l'arrondissement.

Un Bureau provisoire a été nommé et les statuts seront discutés prochainement.

Syndicat départemental en formation dans le Cher.

Conformément à la décision prise par le Syndicat du Cher (région Nord), M. le Dr Courrèges, a recueilli l'adhésion des autres Syndicats et saisi la Société locale du Cher qui, le 25 mai dernier, a admis le principe de la création d'un Syndicat départemental.

Une commission a été nommée pour préparer les statuts et provoquer les adhésions, elle comprend :

Président : M. le Dr Babillot, *de Bourges*.
Vice-président : M. le Dr Méraut, *de Mehun-sur-Yèvre*.
Secrétaire-général : M. le Dr Courrèges, *des Aix d'Angillon*.

Membres : MM. les Drs Imbert, Ladevège et Durand.

Ajoutons que, pour lui donner un témoignage de confiance et d'encouragement dans la campagne qu'il poursuit depuis longtemps pour la revendication des intérêts professionnels, la Société locale du Cher a choisi comme président, le Dr Courrèges.

Celui-ci a accepté cette haute marque de distinction comme le symbole de l'alliance entre le Syndicat départemental et la Société locale, dont les efforts réunis tendent à l'amélioration du sort des médecins et à la protection de leur dignité.

REPORTAGE MÉDICAL

La façon de cueillir une femme qui se noie. — La *Médecine moderne* fait remarquer combien sont précises les instructions données par les autorités de Dieppe aux sauveteurs chargés de surveiller les bains pendant la saison. En voici un échantillon : « Quand une dame est en danger de se noyer, ayez soin de la saisir par ses vêtements et non par sa chevelure, qui pourrait parfois vous rester entre les mains. »

— *Une victime de la profession médicale.* — Un jeune chirurgien de Lyon, M. le Dr Emile Blanc, vient de mourir dans les circonstances suivantes : A la suite d'une manœuvre faite pour extraire des débris placentaires sur une malade atteinte d'accidents puerpéraux graves, il fut pris de septicémie suraiguë et fut enlevé en quatre jours, sans que l'infection pût être enrayée par les débridements et les cautérisations les plus larges.

— *La médecine exercée sous le contrôle des propriétaires.* — Un médecin de Paris est en désaccord avec son propriétaire, qui menace de le faire expulser, s'il ne cesse immédiatement de faire à ses clients des injections sous-cutanées de gaïacol iodoformé......... parce que ça ne sent pas bon ! Pourquoi pas défendre aux médecins d'employer des substances odorantes ? Si la chose était admise, on pourrait empêcher toute désinfection, sous prétexte que c'est désagréable.

Mais peut-être y a-t-il exagération et abus dans l'emploi du gaïacol ! Ça ne pourrait tenir alors qu'au nombre trop considérable des clients. Et nous ne pouvons vraiment que féliciter notre heureux confrère, dût le pauvre propriétaire recevoir congé de tous les autres locataires.

— Pronostic du beau ou du mauvais temps. — D'après l'*Intermédiaire des chercheurs et curieux*, le maréchal Bugeaud, alors seulement capitaine, découvrit en Espagne un manuscrit contenant une règle de prédiction du temps, basée sur une série d'observations effectuées, pendant cinquante années. Le maréchal Bugeaud vérifia en Algérie cette règle qu'il formule ainsi :

Pendant toute la durée d'une lunaison, le temps se comporte onze fois sur douze comme il s'est comporté le cinquième jour de cette lune, si, le sixième jour, le temps est resté le même qu'au cinquième, et neuf fois sur douze, comme le quatrième jour, si le sixième ressemble au quatrième.

Ce qui revient à dire que s'il fait beau les 4e, 5e et 6e jours de la lune, il y a toutes les chances possibles pour que le temps soit magnifique pendant toute la lunaison ; s'il fait beau les 5e et 6e jours seulement il y a onze chances sur douze ; si le temps est humide le 5e, et beau les 4e et 6e, il y a neuf chances sur douze pour que le temps continue de même.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3806. — M. le Dr Coupey, de la Ferté-Bernard (Sarthe), présenté par M. le Dr Leuillieux de Conlie (Sarthe).

N° 3807. — M. le Dr Madeuf, de Paris, président du Syndicat des Médecins-Pharmaciens français.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le Dr Bitschine, de Luxeuil, membre du Concours médical.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'Ecole de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

Librairie-éditeur du **« Concours médical »**, la Société se charge de prendre tous les abonnements pour le compte de ses clients, de donner gracieusement tous renseignements sur devis d'impressions, ouvrages, etc. De plus, tous les genres d'ouvrages anciens ou nouveaux, médecine, science, littérature, voyages, etc., seront fournis aux membres du Concours médical avec une réduction de 20 % sur les prix marqués, frais de port et recouvrement, s'il y a lieu, à la charge du destinataire.

La *Société d'Editions Scientifiques*, établie sur les bases de la **Mutualité**, a pour principe de partager par moitié, entre les Auteurs et elle, *tout bénéfice* résultant de la vente des ouvrages.

Vient de paraître :

Guide de diagnostic gynécologique à l'usage des praticiens, par le Docteur Berlin (de Nice), avec une préface par le Dr Auvard, accoucheur des hôpitaux de Paris. Un volume in-8° carré de 224 pages, avec 69 figures dont une hors texte. Prix : **6** fr. Envoi franco contre un mandat adressé à M. le Directeur de la Société d'Editions Scientifiques.

L'auteur a entrepris de présenter aux praticiens la *Gynécologie moderne* sous une forme très différente de l'ordre suivi dans les Traités classiques.

Au lieu de décrire, organe par organe, les maladies de l'appareil génital féminin, il s'est placé au point de vue purement clinique. Il a supposé le médecin mis en présence d'une malade qui vient le consulter pour des accidents génitaux ou présumés tels. Il s'agit d'établir le diagnostic de ces accidents avec toute la précision que comportent les données actuelles de l'anatomie pathologique.

Le praticien se trouve guidé, suivant une méthode rigoureuse, vers la solution de ce problème.

Le diagnostic est établi de proche en proche, des cas simples aux cas complexes, dans les trois parties qui composent ce livre et qui représentent les trois étapes successives de l'examen gynécologique : — interrogatoire de la malade ; — exploration directe des organes génitaux ; — étude des troubles extra-génitaux, de l'état général, des diathèses.

Par cette méthode, le lecteur est amené à passer en revue toutes les affections importantes qui se rencontrent dans la pratique ; au cours de ces descriptions diverses, il est initié aux détails les plus minutieux des procédés d'exploration ; il se familiarise en même temps avec les notions modernes qui ont modifié bien des points de la gynécologie et qui se traduisent en pratique par l'orientation de la thérapeutique dans une voie nouvelle et féconde.

Net franco **4** fr. **80** pour MM. les membres du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année N° 27 8 Juillet 1893

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

La loi sur la protection de la santé publique.

La loi sur la protection de la santé publique est enfin venue en discussion devant la chambre des Députés.

M. le Dr Langlet, rapporteur, a ouvert la discussion en montrant la nécessité d'une loi nouvelle sur la matière. « S'il est des cas, a-t-il dit, dans lesquels l'État doit intervenir, c'est bien certainement dans ces questions d'hygiène publique. L'hygiène personnelle peut être laissée à l'initiative des individus, mais l'hygiène collective n'est possible que grâce à l'intervention de la collectivité, que ce soit la commune, le département ou l'Etat. »

On ne pouvait mieux dire, et la Chambre s'est associée à la demande du rapporteur en votant l'urgence, formalité qui, on le sait, supprime la seconde délibération.

M. Langlet a donné quelques explications sur les mesures principales qui trouveront place dans la loi :

Tout d'abord, la déclaration de la maladie infectieuse. Ce n'est pas là une nouveauté pour le Parlement, puisque la Chambre et le Sénat ont déjà voté cette obligation vis-à-vis du corps médical, qui est déjà obligé, ou va l'être incessamment de faire la déclaration des maladies contagieuses, dont la liste sera déterminée par l'Académie de médecine, après avis du comité consultatif d'hygiène publique.

Ajoutons immédiatement que le Comité consultatif vient de dresser la liste des maladies pour lesquelles il réclame la déclaration. Ce sont, par ordre alphabétique : Choléra et affections cholériformes, coqueluche, diphthérie, dysenterie épidémique, érysipèle, fièvre typhoïde, infection puerpérale, ophtalmie purulente des nouveau-nés, rougeole, scarlatine, suette, typhus exanthématique et variole.

Mais rendons la parole à M. Langlet :

De plus, en ce qui concerne une maladie particulière qui fait en réalité la honte de notre pays et de quelques autres, je veux dire de la variole, nous demanderons la vaccination obligatoire. (*Très bien ! très bien !*)

Nos statistiques, malheureusement, sont tellement insuffisantes, qu'il n'est pas possible de calculer le nombre d'individus qui succombent à cette maladie ; mais il atteint au moins le chiffre de 15,000 par an. Or, la variole ne devrait pas exister dans un pays civilisé. Sans doute, il est très difficile de la faire disparaître lorsqu'elle est implantée dans un milieu apte à sa propagation, mais on peut l'empêcher de naître. Pour cela j'estime que le Parlement n'aura aucune espèce d'hésitation devant cette apparente violation de la liberté individuelle, et qu'elle refusera aux individus la liberté de contracter une maladie, qui se propage si facilement, cause d'immenses malheurs dans le pays où elle se développe.

Si la discussion s'établissait sur ce point, M. le commissaire du Gouvernement vous donnerait les meilleures raisons pour vous persuader qu'il résulterait de cette obligation des avantages considérables.

Enfin, le projet établit l'organisation du personnel sanitaire.........

Nous n'avons que peu de choses à dire des mesures relatives aux localités et aux immeubles : Il s'en est suivi une discussion assez vive, mais la question n'ayant pas un caractère médical, nous croyons suffisant de renvoyer nos lecteurs au texte du projet que nous publions plus loin.

Il nous paraît intéressant par contre, de donner la discussion qui s'est élevée sur les articles 9 et 10.

M. le président. « Art. 9. — La déclaration à l'autorité publique de tout cas de maladie infectieuse est obligatoire dans un délai de 24 heures pour tout docteur, officier de santé ou sage-femme

qui en a constaté l'existence, ou, à défaut, pour le chef de famille, maître d'hôtel ou directeur d'établissement ou les personnes qui soignent les malades.

« La liste de ces maladies est dressée par arrêté du ministre de l'intérieur, sur avis conforme de l'Académie de médecine et du comité consultatif d'hygiène publique de France. »

M. le rapporteur. — La commission demande la suppression des mots « dans un délai de vingt-quatre heures ». Cette disposition ne serait pas conforme avec le texte de la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine.

M. le président. M. le rapporteur propose de supprimer à l'article 9 les mots « dans un délai de vingt-quatre heures ».

Il n'y a pas d'opposition ? (*Non ! Non !*)

M. Jourde. Et le secret professionnel ?

M. le rapporteur. Nous ne pouvons pas revenir sur cette question : la Chambre l'a tranchée, ainsi que le Sénat.

M. Armand Desprès. Ce sont les malades qui poursuivront les médecins. (*On rit.*)

M. le président. Il n'y a pas d'autres observations ?...

Je mets aux voix l'article 9.

(L'article 9, mis aux voix, est adopté.)

« Art. 10. — La vaccination antivariolique est obligatoire au cours de la première annéede la vie ;

« La revaccination au cours de la onzième et de la vingt et unième année.

« Les parents ou tuteurs sont tenus personnellement de l'exécution de ladite mesure. »

M. Vilfeu. Je demande la parole.

M. le président. Vous avez la parole.

M. Vilfeu. Messieurs, l'article 10 sur lequel vous êtes appelés à vous prononcer rend la vaccination antivariolique obligatoire au cours de la première année de la vie, au cours de la onzième et au cours de la vingt et unième. N'étant pas médecin, je ne puis pas apprécier si, dans l'intérêt de l'hygiène publique, cette vaccination est vraiment nécessaire ; mais l'observation que je soumets à la Chambre et au Gouvernement est celle-ci : du moment que vous rendez la vaccination obligatoire pour tous, il faut évidemment la rendre gratuite pour tous. (*C'est évident ! — Très bien !*)

Je demande donc au Gouvernement si les pauvres gens non seulement des grandes villes, mais aussi des communes rurales auront la responsabilité de se faire vacciner gratuitement et pourront ainsi satisfaire aux prescriptions de la loi sans qu'il leur en coûte rien. (*Très bien ! très bien !*)

M. le président. La parole est à M. le commissaire du Gouvernement.

M. Brouardel, *commissaire du Gouvernement.* Messieurs, je trouve très légitime la préoccupation de M. Vilfeu. Bien que cette question ne soit pas visée dans le projet de loi qui vous est soumis, il est indispensable que le Gouvernement prenne deux précautions : la première consiste à mettre gratuitement et à la portée de tout le monde, du vaccin ; la seconde, au moins aussi essentielle que la première, c'est que ce vaccin soit d'une qualité telle qu'on ne puisse pas lui reprocher d'avoir causé un accident, quel qu'il soit.

Je ne puis pas entrer ici dans les détails qui seraient tout à fait techniques, mais on peut, grâce à la pulpe vaccinale des génisses, mettre à la disposition de tout le monde en France, à l'aide de un ou deux instituts, — et l'Académie de médecine est l'un de ces instituts, — la quantité de vaccin nécessaire pour vacciner et revacciner ; et, dans la pensée du Gouvernement, ce vaccin serait mis gratuitement à la disposition de chacun.

M. Vilfeu. L'opération sera-t-elle faite gratuitement ?

M. le commissaire du Gouvernement. Evidemment ! La loi, que vous avez votée sur l'exercice de la médecine dit que ces vaccinations seront faites par des docteurs et des officiers de santé, elle ajoute même par des sages-femmes.

M. Vilfeu. La réponse de M. le commissaire du Gouvernement me donne complète satisfaction.

M. le président. Je mets aux voix l'article 10.

(L'article 10, mis aux voix, est adopté.)

Dans l'organisation sanitaire, nous ne voyons à signaler que la composition du Conseil d'hygiène départemental qui sur 15 membres comprendra au moins *trois médecins dont un de l'armée de terre ou de mer*, celle des commissions sanitaires de circonscriptions qui comprendront nécessairement *un médecin*, enfin la création dans chaque département *d'un service d'inspection* chargé de provoquer les mesures à prendre dans l'intérêt de l'hygiène et de l'assistance publique et de veiller à l'exécution des lois et règlements, service comprenant un inspecteur départemental et, suivant le cas, un ou plusieurs sous-inspecteurs adjoints.

M. Vilfeu s'étant élevé contre la création de fonctionnaires nouveaux et ayant demandé que les inspecteurs des enfants assistés fussent chargés de surveiller l'application de la loi dans les départements, M. Monod, commissaire du Gouvernement répondit :

Partout où les inspecteurs des enfants assistés paraîtront capables d'exercer cette surveillance et partout où ils n'en seront pas empêchés par l'étendue du département et l'importance de leurs attributions nouvelles, ils en seront chargés. C'est évidemment en ce sens que devra être fait le règlement d'administration sur lequel le Conseil d'État aura à se prononcer.

Ce ne sera donc, sans doute, que dans ces cas exceptionnels que le ministre de l'intérieur aura à faire appel à des fonctionnaires nouveaux.

L'ensemble de cette loi nous paraît bon et nous espérons qu'il sera sanctionné par le Sénat. La France ne peut en effet rester en arrière alors que des lois sanitaires ont été votées en Suède, en Hongrie, en Angleterre, en Italie, alors que des efforts sont tentés partout pour enrayer la dépopulation qui nous menace.

A. Gassot.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'albuminurie et le mal de Bright.

M. le professeur *Dieulafoy* vient encore, à l'Académie de médecine, insister sur la différence considérable qui sépare le mal de Bright de l'albuminurie proprement dite. Beaucoup de brightiques n'ont pas d'albumine, et beaucoup d'albuminuriques ne sont pas des brightiques. La quantité de l'albumine n'est même pas en rapport avec le degré de gravité des lésions. Ainsi, dans l'arthritisme, dans la syphilis, dans la chloro-anémie, on trouve de nombreux exemples qui prouvent que l'albuminurie et le brightisme ne sont nullement des expressions synonymes.

C'est ainsi que l'on voit des goutteux présenter, durant des années, 1, 2 ou 3 grammes d'albumine dans les urines sans jamais être atteints des petits accidents du brightisme, signes révélateurs d'une dépuration urinaire insuffisante, tandis que ces mêmes symptômes s'observent au grand complet chez des goutteux qui n'ont jamais eu ou pourront n'avoir jamais d'albuminurie.

On pourrait en dire autant des néphrites que l'on constate à la suite des maladies infectieuses, de la scarlatine en particulier, de celles qui surviennent chez les syphilitiques et dont l'ensemble forme le syphilo-brightisme. C'est ainsi, par exemple, que l'on voit des syphilitiques présenter durant deux ou trois ans, de l'albuminurie sans être jamais des brightiques, au sens vrai du mot, tandis que d'autres, au contraire, qu'ils aient ou n'aient pas d'albuminurie, sont atteints d'accidents de petite urémie, mis bien fréquemment à tort sur le compte de la syphilis elle-même. Combien de céphalées dites syphilitiques, ne sont que des accidents urémiques !

M. Dieulafoy insiste surtout sur le chloro-brightisme. Que faut-il entendre sous ce nom ? Il n'est pas exceptionnel de voir des jeunes femmes ou des jeunes filles, présentant tous les symptômes de la chlorose : pâleur, essoufflement, palpitations, altérations sanguines, etc., qui, lorsqu'on les étudie et les interroge avec soin, offrent la plupart des symptômes du petit brightisme.

Examine-t-on leurs urines, on y trouve, ou l'on n'y trouve pas d'albumine et lorsque celle-ci existe, elle ne dépasse habituellement pas la proportion de 0 gr. 20 à 0 gr. 50 centigr. par litre ; souvent même cette très petite quantité d'albumine est passagère, intermittente.

Ici les symptômes du brightisme se sont associés à ceux de la chlorose, tandis qu'ils peuvent faire entièrement défaut chez des chlorotiques qui présentent de l'albuminurie.

L'épreuve thérapeutique, l'administration du régime lacté, fait, du reste, le plus souvent disparaître les accidents et prouve ainsi leur véritable pathogénie ; assez fréquemment même, après un certain temps, les malades peuvent être considérées comme entièrement guéries.

En est-il réellement ainsi ? Gubler, qui a décrit l'albuminurie des chlorotiques, se demandait déjà si ce symptôme, habituellement peu intense et curable, n'était pas parfois un signe avant-coureur du mal de Bright.

Dans certains cas, des malades considérées comme des chlorotiques à l'âge de 14 ou 15 ans, ont succombé ultérieurement à des accidents urémiques graves. Le chloro-brightisme n'est donc pas toujours d'un pronostic bénin.

En résumé, il est possible de dissocier, en clinique, les actes morbides du rein : la dépuration urinaire se fait-elle bien, la santé est relativement parfaite, l'albuminurie n'a pas grande valeur pronostique ; l'élimination rénale est-elle insuffisante, alors les petits accidents du brightisme apparaissent et sont l'indice que des accidents plus graves sont à redouter.

Loi générale de l'Hypodermie.

Sous ce titre M. Chéron, médecin de Saint-Lazare, lit à l'Académie une note qui peut se résumer ainsi :

Toutes les injections hypodermiques produisent des effets identiques, quelle que soit la nature du liquide injecté sous la peau (suc testiculaire, substance cérébrale ou médullaire, sang ou sérum de sang d'animaux, huile créosotée et eau sulfatée ou phosphatée sodique, eau chlorurée sodique, sérums artificiels divers), pourvu que ce liquide ne possède aucun pouvoir toxique et n'exerce aucune action locale nocive. Toute la différence porte sur l'intensité des effets produits dont voici les principaux : augmentation de la force de contraction du myocarde, relèvement de la pression artérielle, rénovation globulaire, régularisation de circulations locales et de la température, accroissement de la puissance musculaire, suractivité des échanges nutritifs augmentation de l'urée et de l'acide urique), relèvement de l'appétit, sensation de bien-être et de force.

Le plus simple et le plus logique est de donner la préférence à un sérum artificiel toujours semblable à lui-même et d'une préparation facile. M. Chéron s'est arrêté à la formule suivante après de nombreuses expériences comparatives : chlorure de sodium, 2 ; phosphate de soude, 4 ; sulfate de soude, 8 ; acide phénique neigeux 1 ; eau distillée, 100.

Hypotension artérielle et transfusions.

Au cours de ses recherches sur l'action physiologique des transfusions hypodermiques, M. Chéron a été amené à constater l'extrême fréquence de l'état d'abaissement permanent de la tension artérielle ou HYPOTENSION.

L'hypotension n'existe pas seulement dans les maladies du cœur non compensées, dans les hémorrhagies graves, dans l'adynamie des grandes pyrexies infectieuses, dans la phtisie pulmonaire. Elle joue un rôle considérable dans le shock, la péritonite, les pelvipéritonites aiguës ou chroniques, la neurasthénie, chez les déprimés de toutes sortes (par surmenage, par débilité congénitale, par maladies chroniques, par vieillesse) et enfin dans l'anémie.

L'hypotension artérielle représente l'indication la plus précise des transfusions hypodermiques dont l'effet le plus constant est de relever la tension artérielle.

M. Chéron insiste tout particulièrement sur l'application de ces transfusions au traitement des exsudats pelviens (pelvipéritonite, cellulite pelvienne), ses recherches lui ayant permis de constater la relation jusqu'ici méconnue qui existe entre la résorption des exsudats en général et le relèvement de la tension artérielle.

M. Chéron a publié, chez notre éditeur, à la Société d'Editions scientifiques le résumé de ses belles recherches : LOIS GÉNÉRALES DES INJECTIONS HYPODERMIQUES, in-8° de 560 pages avec figures dans le texte, 10 fr.

MÉDECINE PRATIQUE

Les tics convulsifs

La maladie des tics convulsifs n'a guère été étudiée d'une façon détaillée que depuis quelques années, et cette étude est due presque entièrement à l'Ecole de la Salpêtrière. C'est sous l'inspiration de M. Charcot, qu'en 1884 et 1885, M. Gilles de la Tourette fit une étude d'ensemble de cette maladie, décrivit ses manifestations diverses et montra les relations qui existaient entre elles, et l'état mental des sujets atteints. Cependant tout cela avait été esquissé très nettement dans ses cliniques par Trousseau, qui avait bien établi le diagnostic différentiel entre cette maladie et les affections avec lesquelles elle était le plus souvent confondue ; la description générale qu'en a faite ce grand clinicien n'a pas été modifiée, elle a seulement été développée et complétée.

Qu'est-ce qu'un tic convulsif ? M. G. Guinon, dans le *Dictionnaire encyclopédique*, répond : « *Le tic est un mouvement convulsif, habituel et conscient, résultant de la contraction involontaire*

d'un ou de plusieurs muscles du corps, et reproduisant le plus souvent, mais d'une façon intempestive, quelque geste réflexe ou automatique de la vie ordinaire. » Il n'y a dans cette définition qu'un terme qui soit discuté, c'est le mot *conscient.* En effet M. Letulle, dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, considère le tic comme une contraction musculaire très ordinairement inconsciente. Nous reviendrons sur ce point dans le cours de notre description.

Et d'abord il y a deux catégories de mouvements involontaires que nous ne ferons pas entrer dans cette étude, car ils ne font pas partie de la maladie des tics convulsifs. 1° Ce sont les spasmes qui se montrent dans le domaine d'un nerf moteur ou mixte, le plus souvent le nerf facial, et qui ont pour cause une lésion anatomique, centrale ou périphérique du système nerveux. 2° Ce sont aussi ce que M. Letulle a appelé les *tics coordonnés*, mouvements involontaires, mais non convulsifs, devenus inconscients à force d'être répétés, et qui constituent surtout une mauvaise habitude enracinée ; c'est ainsi que certaines personnes ne peuvent parler à quelqu'un sans le saisir et le maintenir par un des boutons de son vêtement ; d'autres se caressent le menton, ou se grattent le nez, etc. Ces mouvements ne rentrent pas dans le groupe des tics convulsifs.

Siège. — C'est surtout à la face que se montrent les tics, mais ils existent dans toutes les régions du corps, et ils sont variés à l'infini.

A la face, il y en a quelques-uns qui se rencontrent plus fréquemment. C'est un mouvement saccadé d'*occlusion des paupières,* plusieurs fois répété, ressemblant à celui qu'on fait lorsqu'un corps étranger vient au contact de la conjonctive ; et au début, l'enfant atteint de ce tic, invoquera cette raison, lorsqu'on lui fera remarquer qu'il cligne souvent des paupières.

A la *bouche* ! on remarque des mouvements très divers : ce sont des rictus singuliers, les commissures labiales étant attirées en dehors et soulevées par l'action des muscles du rire ; c'est l'arrondissement de l'orifice buccal, accompagné d'un léger sifflement ; ce sont des crachotements ; certains malades ouvrent et ferment alternativement la bouche ; parfois la langue est projetée à plusieurs reprises entre les arcades dentaires pendant que le maxillaire inférieur est abaissé ; d'autres fois ce sont des claquements des mâchoires.

Dans la sphère de la septième paire, un détail intéressant, c'est que les muscles innervés par les branches collatérales du facial ne sont jamais, ou du moins ne semblent jamais atteints par les convulsions cloniques du tic.

Du côté du *nez*, on observe surtout du reniflement spasmodique.

Notons que, si parfois ces mouvements sont unilatéraux, *ils ne sont pas forcément limités à un seul côté* de la face, et que souvent on les observe des deux côtés, mais il y a toujours une prédominance pour un côté.

Les tics convulsifs du cou sont également très variés, comme ceux de la face ; mais ici les conséquences sont des mouvements plus ou moins étendus de la tête, par action, soit des muscles sterno-mastoïdiens, soit des muscles trapèzes, qui, les uns ou les autres, sont toujours pris dans les tics du cou : la tête tourne brusquement et à plusieurs reprises autour d'un axe vertical, imitant le signe de « non », ou bien autour d'un axe transversal, imitant le signe de « oui », ou se penche sur une épaule, ou s'incline d'un côté pendant que la face est attirée en haut et en arrière. Ces mouvements sont les plus fréquents, mais il y en a beaucoup d'autres, et tous les mouvements sont possibles suivant les muscles ou les associations de muscles touchés, et l'intensité du tic.

Sans entrer dans le détail de tous les tics du corps, notons que c'est au tronc qu'ils sont le moins fréquent, qu'aux membres supérieurs, un tic assez commun est le haussement des deux épaules, et aux membres inférieurs, c'est la flexion et l'extension brusque, le pied frappant le sol avec force.

On rencontre, surtout dans les cas graves, des mouvements involontaires complexes, comme de sauter, courir, se mettre à genoux et se relever. *Toutes les fois qu'il y a des tics combinés, la face est toujours prise*, soit un peu, soit beaucoup.

Quand les mouvements sont complexes, les accès se ressemblent toujours, c'est-à-dire qu'il y a un ordre toujours le même, dans lequel les différents tics se succèdent. C'est même là un des principaux caractères des tics convulsifs et qui permet de reconnaître facilement la simulation.

Un autre caractère du même genre est *la persistance du même tic* ; on ne voit pas un tic remplacé dans l'accès suivant par un autre tic ; pendant très longtemps tous les accès se ressemblent. Mais au bout d'un certain temps, on voit parfois un tic disparaître et être remplacé par un autre, qui lui aussi persistera pendant longtemps, toujours semblable à lui-même.

Les malades ont-ils *conscience de leur tic*, comme l'affirme M. Guinon ? ou bien n'est-ce que par exception, selon l'opinion de M. Letulle ? Il faut dire que ce dernier, en comprenant dans la même description les tics convulsifs et les tics coordonnés qui sont absolument inconscients, introduisait forcément dans la question un élément capable de faire pencher la balance du même côté. Cependant il est certain que les tics convulsifs ne sont pas toujours conscients ; le fait suivant, pris dans Trousseau, en est une preuve : « J'ai vu, dit-il, en consultation, une « dame de la Bourgogne atteinte de tic de la « face ; ses trois filles avaient, comme elle, des « tics musculaires de diverses parties du corps, « et la pauvre mère, vivement affligée de l'infir« mité de ses trois filles, ne s'apercevant pas « qu'elle en fut atteinte elle-même, leur repro« chait leurs mouvements nerveux avec une « amertume qui me paraissait au moins étrange. » Il est certain que cette dame n'avait pas conscience de son infirmité. Mais c'est bien rarement que cette ignorance est poussée aussi loin ; et presque toujours les malades connaissent leur défaut.

La meilleure preuve est d'ailleurs *l'influence de la volonté* sur le tic. Les mouvements spasmodiques sont involontaires, avons-nous dit, mais la volonté peut cependant exercer une certaine action ; elle peut empêcher leur production : c'est ainsi qu'un danseur pouvait rester en scène assez longtemps sans que son tic convulsif fut produit. D'autres fois, la volonté est impuissante

pour empêcher le tic, mais elle peut cependant le modérer, le modifier, le remplacer par un geste moindre.

Malgré ces mouvements involontaires, les malades conservent dans les mouvements volontaires une assurance parfaite ; malgré un tic de la main, une jeune fille jouera parfaitement du piano, écrira sans que son écriture porte la moindre trace de mouvements convulsifs involontaires, différant ainsi complètement de l'écriture des choréiques.

Nous venons de voir que la volonté peut influer sur les tics, pour empêcher leur production. En revanche, l'*émotion est le plus puissant modificateur des tics*, en les augmentant en violence et en étendue. Un saisissement brusque agira de la même façon. Le contact soudain avec une personne, même s'il est prévu, détermine souvent un saut accompagné de grimaces.

En revanche, *le sommeil supprime complètement les tics*. Bien que le malade ne jouisse généralement pas d'un sommeil calme, qu'il soit agité, avec des cauchemars, il n'y a jamais de tic pendant le sommeil. Mais au réveil, ils reprennent aussitôt.

Une maladie aiguë intercurrente arrête les tics ou les diminue. Malheureusement, à la convalescence, les tics recommencent et se montrent aussi intenses que par le passé.

Les tics convulsifs peuvent se produire seuls, *mais ils ne constituent pas toute la maladie*. Ils sont souvent accompagnés de phénomènes bizarres. Le plus simple de ces phénomènes est l'*exclamation involontaire* : c'est généralement un cri brusque, bref, plus ou moins bruyant, très caractéristique ; il peut n'être poussé qu'une fois, ou être répété plusieurs fois de suite ; il éclate soudain au milieu du silence, dans le cours d'une phrase : « *Ah* ! », « *Ouah* ! » « *Hem* ! ». — « Ce cri, dit Trousseau, ce jappement, cet « éclat de voix, véritables chorées laryngées « ou diaphragmatiques, peuvent constituer tout « le tic. Ce sont non seulement un éclat de voix, « un cri singulier, c'est encore une tendance « singulière, à répéter toujours le même mot, la « même exclamation ; et même l'individu répète « à haute voix des mots qu'il voudrait bien re- « tenir ».

Cette dernière phrase nous montre que Trousseau avait observé ce que M. Gilles de la Tourette a depuis baptisé du nom de *coprolalie*, (κοπρός, sale, et λαλεῖν, parler). Certains malades, en effet, et souvent des gens très bien élevés, des jeunes filles lancent des termes grossiers ou des mots obscènes. Une exemple célèbre est celui de la marquise de Dampierre qui, depuis sa jeunesse jusqu'à l'âge de 90 ans, ne cessa jamais de répéter les mots ; « Merde ! Foutu cochon ! » On peut juger quelle devient la situation des personnes affligées de cette infirmité ; elles deviennent forcément un objet de répulsion ou de moqueries, suivant le milieu où elles se trouvent.

Un autre phénomène bizarre est l'*écholalie*, qui se montre aussi chez les gens affectés de tics, et qui est la répétition du dernier ou des derniers mots d'une phrase dite par une autre personne ; c'est un écho.

Le malade peut, par l'habitude, exercer une certaine influence sur la coprolalie, et l'écholalie ; mais c'est souvent aux dépens des tics qui sont exagérés.

On a signalé encore comme un autre symptôme l'*échokinésie* (κίνησις, mouvement) ; c'est l'imitation involontaire des mouvements faits par une autre personne.

Quel est l'*état mental* chez ces malades ? Ils sont très émotifs ; les enfants sont volontaires, désobéissants ; les adultes sont facilement excitables, querelleurs, insupportables ; ils en ont d'ailleurs parfaitement conscience, et sont les premiers à le déplorer et c'est pourquoi en général, ils cherchent la solitude. On note souvent une notable diminution de l'attention volontaire, qui rend ces malades incapables d'apprendre un métier. Il y en a même qui deviennent incapables de lire, leurs yeux sautant brusquement d'une ligne à l'autre. On voit déjà que ces malades sont *dégénérés*.

Ce qui le montre encore davantage, c'est la présence d'*idées fixes*, trouble psychique important en pathologie mentale pure, puisqu'il désigne un groupe, la folie des dégénérés héréditaires de Magnan. Ces idées fixes sont de deux sortes : 1° il y a une série d'idées obsédantes simples, contribuant à constituer un état mental bizarre, où domine la peur irraisonnée ; 2° ou bien les idées fixes sont mieux définies, assez complexes pour entraîner à leur suite des actes plus ou moins déraisonnables. Mais il n'y a pas de différence sous le rapport de la nature de ces idées. Le degré le plus simple est l'obsession par des pensées plus ou moins futiles ; *les malades ont peur de tout*, peur de l'espace, peur d'être enfermés, peur qu'il n'y ait quelqu'un de caché derrière les meubles, etc. On note aussi la *folie du doute*, la *folie du pourquoi*, termes qui se comprennent d'eux-mêmes, et n'ont pas besoin de commentaires. D'autres fois, c'est l'obsession d'un mot qu'il faut éviter de prononcer ou de lire ; si le mot est sur le point de venir, il y a une angoisse qui se calme dès que le mot fatal a été passé. Il en est de même du nombre qui ne doit pas être prononcé.

Ces phénomènes, qu'on a appelés des *tics de la pensée* montrent bien que les malades atteints de la maladie des tics convulsifs sont des dégénérés héréditaires. On rencontre d'ailleurs, très souvent la maladie chez les idiots et les gâteux.

Examinons maintenant la *marche* de la maladie.

Souvent au début, il ne s'agit que d'un tic simple, un tic de la face notamment ; et les choses peuvent rester telles quelles pendant un temps illimité et même toujours.

Mais le plus souvent les tics augmentent de fréquence, d'intensité et de nombre. Puis un beau jour, le malade pousse une exclamation involontaire ou un mot déplacé, grossier. A partir de ce moment, l'état mental à idées fixes commence à se montrer.

L'évolution peut durer très longtemps. D'autres fois, l'affection va par poussées brusques, avec de véritables rémissions, illusoires le plus souvent.

Parfois, c'est l'idée fixe qui débute, et le tic vient ensuite, ou bien l'exclamation involontaire existe seule pendant un certain temps.

On voit quelquefois les tics simples diminuer et disparaître ; mais il est rare que la maladie s'éteigne d'une façon absolue et pour toujours.

La règle est que les accidents ne disparaissent jamais. On a vu quelques malades, désespérés de leur situation, faire des tentatives de suicide.

Le *pronostic* est donc assez sombre, sinon au point de vue de la vie, qui n'est pas directement menacée, mais au point de vue de la guérison, et aussi de l'aggravation des symptômes, assez fréquente.

Après cette description détaillée de la maladie, le *diagnostic* ne nous arrêtera pas longtemps. On ne confondra pas avec la *chorée*, dont l'évolution est différente, dont les mouvements sont incoordonnés, et les mouvements volontaires maladroits et déviés. Dans la *grande hystérie*, les accès ont une assez longue durée, et laissent dans leur intervalle les malades tranquilles. L'*athétose* survient chez les hémiplégiques à la période de contracture. Dans l'*hémichorée* qui survient chez les enfants atteints d'hémiplégie infantile, il y a de l'atrophie musculaire, et de l'exagération des réflexes tendineux.

Dans l'*étiologie*, il n'y a véritablement qu'une chose intéressante, c'est l'hérédité qui existe presque toujours ; parfois c'est l'hérédité directe ; le plus souvent on trouve chez les ascendants des affections nerveuses diverses, parmi lesquelles l'hystérie est assez fréquente : il y a une dégénérescence héréditaire.

Le sexe est sans importance. L'époque du début est surtout entre six et douze ans.

Il y a toujours une cause occasionnelle invoquée pour expliquer le début ; elle existe quelquefois, mais il faut une prédisposition pour qu'elle donne naissance à un tic convulsif.

Une autre cause très importante est l'imitation.

Le *traitement* curatif est assez pauvre, et peu efficace.

Le traitement préventif est encore le meilleur dans cette affection comme dans beaucoup d'autres. Dans une famille de dégénérés, de nerveux, à plus forte raison s'il existe déjà des cas de tics convulsifs, il y a d'abord à songer à fortifier le corps et à lutter contre la faiblesse irritable du système nerveux : la vie au grand air, régulière, avec des exercices corporels suffisants, sans excès, la noix vomique à l'intérieur, et l'hydrothérapie faite avec discernement nous paraissent les bases générales du traitement physique. Quant au traitement moral, nous plaçons en premier lieu l'isolement, ou au moins l'éloignement de la famille, centre de contagion puissant, et par l'imitation, et aussi par suite du manque d'équilibre et de justesse qui sera forcément donnée à l'éducation de l'enfant par des parents non pondérés eux-mêmes. Il faut que l'enfant soit placé dans un milieu où la règle de conduite invariable à son égard sera une justice constante, de tous les instants, tempérée par un peu de bienveillance, ce sera une voie droite, assez large pour que l'enfant puisse s'y mouvoir, mais inflexible pour qu'il ne puisse s'en écarter. Ce sont d'ailleurs des conditions bien difficiles à remplir.

Quant au traitement proprement dit, toute la série des antispasmodiques a été essayée sans grand résultat : bromures, valérianates, chloral, opium, aconit, belladone, etc.

Dans les cas légers, on pourra essayer de la faradisation avec le pinceau électrique.

On a noté que la pression prolongée sur certains points variables, suivant les sujets, peut arrêter l'accès du tic facial, sans toutefois guérir l'affection.

Le seul traitement, dit M. G. Guinon, dans le Dictionnaire encyclopédique, que l'on puisse conseiller avec la presque certitude d'une amélioration, dans les cas graves, ou les périodes d'exacerbation, c'est *l'hydrothérapie*, combinée avec l'*isolement*.

Il y a encore un traitement qui a été employé avec succès dans des cas de tics coordonnés, lesquels évoluent souvent sur le même terrain que les tics convulsifs, c'est l'*hypnotisme*. Le Dr Bérillon a rapporté à la Société clinique des praticiens de France, plusieurs cas d'*onychophagie* (rongement des ongles), guéris en quelques séances d'hypnotisme. On sait d'ailleurs, actuellement, que l'hypnotisme n'est pas seulement un amusement dangereux, ou un moyen d'étude de certains sujets capable de procurer de beaux cas pour une clinique ; c'est aussi, nous en sommes certains, un agent curateur d'une puissance très grande. Ce que l'on essaye souvent chez les débiles mentaux à l'état de veille, par la persuasion, par des affirmations répétées, par l'influence d'une volonté forte sur leur volonté chancelante, l'hypnotisme possède cette puissance, mais augmentée dans des proportions considérables. C'est pour cela que nous croyons, bien qu'il n'ait pas été essayé encore, qu'il y a là un agent thérapeutique auquel il est indiqué de recourir dans la maladie des tics convulsifs.

Dr P. HERVOUET.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Loi sur la protection de la Santé publique. Projet voté par la Chambre des Députés.

TITRE Ier

Mesures sanitaires relatives aux localités.

« Art. 1er. — Lorsque l'état sanitaire d'une commune nécessite des travaux d'assainissement, notamment lorsqu'une commune n'est pas pourvue d'eau potable de bonne qualité ou en quantité suffisante, ou bien quand les eaux y restent stagnantes au milieu des habitants, le préfet, sur le rapport de l'inspecteur sanitaire, invite le conseil départemental d'hygiène à délibérer sur l'utilité et la nature des travaux jugés nécessaires.

« En cas d'avis contraire à l'exécution des travaux ou de réclamation de la part de la commune, le préfet transmet la délibération du conseil au ministre de l'intérieur, qui soumet la question au comité consultatif d'hygiène publique de France.

« Sur l'avis conforme du Conseil départemental d'hygiène ou du comité consultatif d'hygiène publique, le préfet met la commune en demeure de procéder aux travaux.

« Si le conseil municipal n'a pris, dans le délai de trois mois à partir de la dite mise en demeure, aucune mesure en vue de l'exécution des travaux, ou s'il est devenu manifeste qu'il se refuse à leur exécution, un décret du Président de la République ordonnera ces travaux, dont la

dépense pourra être mise intégralement à la charge de la commun, dans les conditions de la loi du 16 septembre 1807. Ce décret sera rendu en conseil d'Etat.

« Le Conseil général statue, dans les conditions prévues par l'article 46 de la loi du 10 août 1871, sur la participation du département aux dépenses des travaux ci-dessus spécifiés. »

« Art. 2. — Le décret déclarant l'utilité publique du captage d'une source pour le service d'une commune déterminera, s'il y a lieu, en même temps que les terrains à acquérir en pleine propriété, un périmètre de protection contre les pollutions de ladite source.

« Il est interdit d'épandre sur les terrains compris dans ce périmètre des engrais humains et d'y forer des puits sans autorisation.

« L'indemnité qui pourra être due au propriétaire de ces terrains sera déterminée suivant les formes de la loi du 3 mai 1841 sur l'expropriation publique, comme pour les héritages acquis en pleine propriété. » — (Adopté.)

TITRE II

Mesures sanitaires relatives aux immeubles.

« Art. 3. — Lorsqu'un immeuble, bâti ou non, attenant ou non à la voie publique, est dangereux pour la santé des occupants ou des voisins, le maire ou l'inspecteur sanitaire invite la commission sanitaire, prévue à l'article 16 de la présente loi, à délibérer sur l'utilité et la nature des travaux à exécuter.

« La délibération de cette commission est déposée à la mairie, et le propriétaire ou l'usufruitier mis en demeure d'en prendre communication.

« Ils peuvent, ainsi que le maire, produire leurs observations dans le délai de huit jours.

« En cas de contestation, la délibération et les observations des contestants sont transmises au préfet, qui les soumet au conseil départemental d'hygiène.

« Dans le cas où l'avis de la commission n'a pas été contesté, ou, s'il a été contesté, après notification par le préfet de l'avis du conseil départemental d'hygiène, le maire prend un arrêté ordonnant les travaux reconnus nécessaires et met le propriétaire en demeure de les exécuter. »

« Art. 4. — Un délai, qui ne peut être moindre de un mois, est accordé pour commencer les travaux. Pendant ce délai, les intéressés peuvent se pourvoir devant le conseil d'Etat contre l'arrêté du maire pour excès de pouvoir ou inobservation du règlement. Ce pourvoi est suspensif.

« Les délais impartis étant expirés sans qu'il y ait eu commencement d'exécution, le contrevenant est poursuivi devant le juge de paix, qui autorise le maire, à défaut de l'intéressé, à faire exécuter les travaux d'office et aux frais du propriétaire ou de l'usufruitier, sans préjudice des amendes, restitutions, dommages et intérêts auxquels le contrevenant pourra être condamné, conformément aux articles 471, paragraphe 15, du code pénal et 161 du code d'instruction criminelle. La dépense et les frais résultant de l'exécution des travaux constitueront une créance privilégiée sur le prix de l'immeuble, aux termes de l'article 2103, paragraphe 5. Toutefois, le privilège devra être conservé par une circonscription qui sera requise par la production du jugement du juge de paix et des mémoires acquittés des ouvriers. » — (Adopté.)

« Art. 5. — « Si l'assainissement de l'immeuble ou de la partie d'immeuble est déclaré impossible par la commission sanitaire ou le conseil départemental d'hygiène, le maire interdit l'habitation ou l'usage jusqu'à ce que les conditions d'insalubrité aient disparu.

« L'arrêt prononçant cette interdiction devra être revêtu de l'approbation du préfet.

« En cas d'infraction à cet arrêté, le contrevenant sera poursuivi devant le tribunal correctionnel et condamné à une amende de 16 à 500 francs. »

TITRE III

Mesures sanitaires relatives aux personnes.

« Art. 6. — Dans le cas d'urgence constatée dans les arrêtés du maire, c'est-à-dire en cas d'épidémie ou d'autre danger pour la santé publique, le préfet peut ordonner l'exécution provisoire des arrêtés du maire, tous droits réservés. »

« Art. 7. — Lorsque l'insalubrité est le résultat de causes extérieures et permanentes, ou lorsque les causes d'insalubrité ne peuvent être détruites que par des travaux d'ensemble, la commune peut acquérir, suivant les formes et après l'accomplissement des formalités prescrites par la loi du 3 mai 1741, la totalité des propriétés comprises dans le périmètre des travaux. Les portions de ces propriétés qui, après l'assainissement opéré, resteraient en dehors des alignements arrêtés pour les nouvelles constructions pourront être revendues aux enchères publiques sans que, dans ce cas, les anciens propriétaires ou leur ayants droit puissent demander l'application des articles 60 et 61 de la loi du 3 mai 1841. »

« Art. 8. — Dans les agglomérations de 5,000 habitants et au-dessus, aucune habitation ne peut être construite sans un permis du maire constatant que, dans le projet qui lui a été soumis, les conditions de salubrité prescrites par le règlement sanitaire prévu à l'article 16 sont observées.

« Aucune habitation nouvellement construite ne peut être occupée qu'après autorisation délivrée par le maire, sur le rapport du service sanitaire et constatant que les prescriptions réglementaires ont été observées.

« Le préfet peut, après avis du conseil départemental, appliquer cette règle à une agglomération de moins de 5,000 habitants. »

« Art. 9.— La déclaration à l'autorité publique de tout cas de maladie infectieuse est obligatoire pour tout docteur, officier de santé ou sage-femme qui en a constaté l'existence, ou, à défaut, pour le chef de famille, maître d'hôtel ou directeur d'établissement, ou les personnes qui soignent les malades.

« La liste de ces maladies est dressée par arrêté du ministre de l'intérieur, sur avis conforme de l'Académie de médecine et du comité consultatif d'hygiène publique de France.

« Art. 10. — La vaccination antivariolique est obligatoire au cours de la première année de la vie ;

« La revaccination au cours de la onzième et de la vingt et unième année.

« Les parents ou tuteurs sont tenus personnellement de l'exécution de ladite mesure.

« Art. 11. — Lorsqu'en dehors des maladies prévues par la loi du 3 mars 1822, une épidémie menace le territoire de la République ou s'y développe, et que les moyens de défense locaux sont reconnus insuffisants, le président de la République peut, après avis du comité consultatif d'hygiène publique de France, déterminer par décret les mesures propres à empêcher la propagation de cette épidémie.

« Il règle les attributions, la composition et le ressort des autorités et administrations chargées de l'exécution de ces mesures et leur délègue pour un temps déterminé le pouvoir de les exécuter.

« Les décrets et actes administratifs qui prescrivent l'application de ces mesures sont exécutoires dans les vingt-quatre heures à partir de leur publication au *Journal officiel*.

TITRE IV

Organisation sanitaire.

« Art. 12. — Le comité consultatif d'hygiène publique de France délibère sur toutes les questions intéressant l'hygiène publique, l'exercice de la médecine et de la pharmacie, les conditions d'exploitation ou de vente des eaux minérales, sur lesquelles il est consulté par le Gouvernement.

« Il est nécessairement consulté sur les travaux publics d'assainissement ou d'amenée d'eau d'alimentation et sur le classement des établissements insalubres. »

« Art. 13. — Le conseil d'hygiène de chaque département ou les commissions sanitaires doivent être consultés sur les objets énumérés à l'article 9 du décret du 18 décembre 1848, sur l'alimentation en eau potable des agglomérations, sur la statistique démographique et la géographie médicale, sur les règlements sanitaires communaux, et généralement sur toutes les questions intéressant la santé publique, dans les limites de leurs circonscriptions respectives. »

« Art. 14. — Dans chaque département, le conseil général, après avis du conseil d'hygiène départemental, délibère dans les conditions prévues par l'article 48 de la loi du 10 août 1871 sur l'organisation du service de l'hygiène publique dans le département, notamment sur la subdivision du département en circonscriptions sanitaires pourvues chacune d'une commission sanitaire ; sur la composition, le mode de fonctionnement, la publication des travaux et des dépenses du conseil départemental et des commissions sanitaires ; sur la valeur des jetons de présence et les frais de déplacement.

« Le conseil d'hygiène départemental se composera de quinze membres au moins. Il comprendra nécessairement deux conseillers généraux, trois médecins, dont un de l'armée de terre ou de mer, un pharmacien, l'ingénieur en chef, un architecte et un vétérinaire. »

« Le plus âgé des conseillers généraux présidera le conseil, qui nommera dans son sein pour deux ans un vice-président et un secrétaire chargé de rédiger les délibérations du conseil.

« Le conseil pourra ordonner toutes mesures d'instruction qu'il jugera convenable et ne prendra de décision que si les deux tiers au moins de ses membres sont présents et après avoir appelé les intéressés.

Les membres du conseil départemental sont nommés pour quatre ans et renouvelés par moitié tous les deux ans ; les membres sortants sont rééligibles.

« Chaque commission sanitaire de circonscription sera composée au moins de sept membres pris dans la circonscription. Elle comprendra nécessairement un conseiller général, un médecin, un architecte ou tout autre homme de l'art, et un vétérinaire.

« Le conseiller général présidera la commission, qui nommera dans son sein, pour deux ans, un vice-président et un secrétaire chargé de rédiger les délibérations de la commission.

« La commission pourra ordonner toutes mesures d'instruction qu'elle jugera convenable et ne prendra de décision que si les deux tiers au moins de ses membres sont présents et après avoir appelé les intéressés.

« Les membres des commissions sanitaires sont nommés pour quatre ans et renouvelés par moitié tous les deux ans ; les membres sortants sont rééligibles.

« A défaut de délibération du conseil général sur les objets prévus au premier paragraphe, ou en cas de suspension de la délibération en exécution de l'article 49 de la loi du 10 août 1891, il pourra être pourvu à la réglementation du service par un décret rendu dans la forme des règlements d'administration publique.

« Art. 15. — Dans chaque département, un service d'inspection est chargé de provoquer les mesures à prendre dans l'intérêt de l'hygiène et de l'assistance publique et de veiller à l'exécution des lois, des règlements et des décisions de l'autorité administrative en ces matières.

« Ce service comprend un inspecteur départemental et, suivant les cas, un ou plusieurs inspecteurs adjoints.

« Les inspecteurs et inspecteurs adjoints sont nommés par le ministre ; leur traitement est à la charge de l'Etat.

« Les inspecteurs, inspecteurs adjoints et membres régulièrement délégués des conseils et commissions sanitaires constatent les contraventions, dressent des procès-verbaux qui font foi jusqu'à preuve contraire. A cet effet, ils prêtent serment devant le président du tribunal civil. »

« Art. 16. — Dans toute commune, le maire est tenu de prendre un arrêté portant règlement sanitaire. Ce règlement comprend les mesures propres à protéger la santé publique, notamment en ce qui concerne les maladies infectieuses et transmissibles, la salubrité des maisons et des agglomérations.

« Ledit règlement est approuvé par le préfet, après avis du conseil d'hygiène du département. Si, dans le délai d'un an à partir de la promulgation de la présente loi, une commune n'a pas de règlement sanitaire, il lui en sera imposé un d'office par un arrêté du préfet, le conseil d'hygiène entendu.

« Dans le cas où plusieurs communes auraient fait connaître leur volonté de s'associer, conformément à la loi du 22 mars 1890, pour l'exécution des mesures sanitaires, elle pourront arrêter un même règlement qui leur sera rendu ap-

plicable suivant les formes prévues dans ladite loi. »

TITRE V

Dépenses, pénalités, dispositions diverses.

« Art. 17. — Les dépenses résultant de la délibération du conseil général ou du décret prévu par l'article 12 sont assimilées aux dépenses classées sous les paragraphes 1 à 4 de l'article 60 de la loi du 10 août 1871. »

« Art. 18. — Les dépenses résultant pour la commune ou les syndicats de communes de l'application des règlements sanitaires sont comprises parmi les dépenses obligatoires pour les communes spécifiées à l'article 136 de la loi municipale de 1884. »

« Art. 19. — Quiconque, par négligence ou incurie, dégradera des ouvrages publics ou communaux destinés à recevoir ou à conduire des eaux d'alimentation ; quiconque, par négligence ou incurie, laissera introduire des matières excrémentielles ou toute autre matière susceptible de nuire à la salubrité dans l'eau des sources, des fontaines, des puits, citernes, conduites, aqueducs, réservoirs d'eau servant à l'alimentation publique, sera puni des peines portées aux articles 479 et 480 du code pénal. Tout acte volontaire de même nature sera puni des peines portées à l'article 257 du code pénal. » — (Adopté.)

« Art. 20. — Sera puni des peines portées à l'article 479 du code pénal quiconque, en dehors des cas prévus par l'article 21 de la loi du 30 novembre 1892, aura commis une contravention aux prescriptions des articles 8, 9 et 10 ; et sera puni des peines portées à l'article 480 quiconque aura contrevenu aux prescriptions de l'article 11 de la présente loi. »

« Art. 21. — L'article 463 du code pénal est applicable dans tous les cas prévus par la présente loi. Il est également applicable aux infractions punies de peines correctionnelles par la loi du 3 mars 1822. »

« Art. 22. — Des règlements d'administration publique, rendus après avis du comité consultatif d'hygiène publique de France, détermineront :

« Les mesures nécessitées par l'application de l'article 10 ;

« Le mode de recrutement des inspecteurs sanitaires, la nature des études à exiger pour leur nomination ainsi que les conditions de leur avancement et leur traitement ;

« Les modifications qu'il y aura lieu d'apporter au décret du 8 mars 1887, conformément aux dispositions de la présente loi. »

« Art. 23. — Les conditions d'exécution des travaux d'assainissement seront déterminées par un décret rendu en conseil d'Etat, chaque fois que le préfet aura à faire usage des paragraphes 3 et 4 de l'article 1er. »

« Art. 24. — La loi du 13 avril 1850 est abrogée.

« Sont également abrogées les dispositions des lois antérieures à ce qu'elles auraient de contraire à la présente loi. »

« Art. 25. — La loi est applicable à l'Algérie et aux colonies de la Martinique, de la Guadeloupe et de la Réunion. »

BULLETIN DES SYNDICATS

L'Union des Syndicats et la ligue de la prévoyance et de la mutualité.

C'est avec une vive satisfaction que nous avons lu, dans le *Concours médical*, les articles que M. Cézilly a consacrés à la ligue nationale de la Prévoyance et de la mutualité. Avec le zèle et la compétence qu'il apporte à l'étude des questions d'intérêt professionnel, il est entré, d'emblée, dans les idées que nous préconisons depuis longtemps, avec nos confrères MM. Le Baron, Cellier et Luneau, dans nos syndicats respectifs et au Bureau de l'Union.

Des efforts concertés entre le Bureau de l'Union et le Concours médical d'une part, et avec la Ligue de la mutualité d'autre part, doivent résulter des conséquences d'une importance capitale pour l'avenir des Sociétés de Secours mutuels et pour les œuvres de mutualité spéciales au corps médical.

Il se produit en effet dans la voie que nous indiquons un mouvement d'idées, qui, né d'hier, s'accentue de façon à nous inspirer une grande confiance dans son développement au milieu de nos Sociétés médicales.

L'année dernière, au mois de septembre, au Congrès de la mutualité tenu à Bordeaux, le dévoué Président du Syndicat des médecins de la Seine, M. le docteur Le Baron, prenait le premier la parole, au nom du corps médical, au milieu des mutualistes, et parvenait à vaincre des défiances que beaucoup d'entre eux nourrissaient à l'endroit des médecins. C'est grâce à l'adhésion qu'avait déjà donnée le Syndicat de la Seine à la Ligue que M. Le Baron avait pu se faire entendre. Sur nos instances, quelques mois plus tard, le Syndicat de la Loire-Inférieure et le Bureau de l'Union adhéraient à leur tour. Bientôt après les syndicats de Marseille et des Vallées d'Aisne-et-Vesle imitèrent leur exemple ; enfin, M. Cézilly nous apprend que le Conseil de Direction du concours médical vient aussi de s'affilier à la Ligue.

Nous ne saurions trop engager tous les syndicats médicaux à envoyer à leur tour leur adhésion sans plus tarder (1). Il importe en effet que toutes nos Sociétés professionnelles soient représentées au sein de cette Ligue et qu'elles apportent le contingent de leurs vues et de leurs travaux, le jour où nous aurons à nous occuper des rapports des médecins avec les Sociétés de Secours mutuels.

Il ne faut pas que le corps médical demeure plus longtemps étranger à ce grand mouvement qui porte tous ceux qui ont le souci de l'avenir de la France vers l'étude des questions sociales, et personne ne niera que celles de l'assistance des indigents et de la mutualité ne soient parmi les plus importantes.

Le médecin est la cheville ouvrière des œuvres de charité, d'assistance et de mutualité ; mieux que personne il doit connaître leur mécanisme et concourir à leur perfectionnement. A défaut

(1) Les adhésions sont reçues chez M. Jules Arboux, Secrétaire général de la Ligue, 78, rue Bonaparte, Paris. La cotisation s'élève à 10 francs et elle donne droit au Bulletin mensuel de la Ligue.

de son intérêt, son devoir doit le pousser à être autre chose, au milieu de ces organisations, qu'un simple rouage ou un instrument utile, mais passif, complètement à la merci des Sociétés de Secours mutuels.

Mais revenons aux relations de l'Union des syndicats avec la Ligue nationale de la Prévoyance et de la Mutualité. Une importante réunion de cette Société a eu lieu à Paris le dimanche, 4 juin dernier. Notre distingué et sympathique confrère, M. le Dr Lourties, Sénateur des Landes, la présidait. Dans un éloquent et substantiel discours, il a démontré le développement rapide qu'a pris cette Société, qui date à peine de quatre années, et a fait toucher du doigt tout le bien qu'elle est appelée à faire et le brillant avenir qui l'attend.

Parlant des adhésions les plus importantes que la Ligue a recueillies depuis l'année dernière, il a bien voulu constater que parmi les plus précieuses se trouvaient celle des Syndicats médicaux et en particulier celle de l'Union de ces Syndicats ; heureux, a-t-il ajouté, de souhaiter la bienvenue à son président, dont la présence à cette solennité était d'un heureux présage pour l'avenir, et en même temps une preuve de l'intérêt que le corps médical commence à prendre aux idées fécondes que la Ligue s'est donné la mission de répandre.

Nous ne parlerons que pour mémoire du magnifique discours prononcé ensuite par M. Burdeau, Député du Rhône, ancien Président de la Ligue ; nous engageons nos confrères à le lire dans le bulletin de la Société. Nous noterons seulement, en passant, les très intéressants détails donnés par M. le député Audiffred sur l'organisation des Sociétés de mutualité sous l'Empire, de la législation actuelle et de celle qui est en préparation. Nos confrères, grands dignitaires de l'Association des médecins de France, auraient appris là beaucoup de choses qu'ils ignorent certainement, notamment que depuis quelques années, loin d'appliquer la loi dans toute sa rigueur, le gouvernement a donné la plus grande latitude aux Sociétés ; et que le principe des *cotisations variées*, que ne contient pas l'ancienne loi, a été largement toléré. Qu'en pense l'honorable secrétaire général de l'Association ?

Le mardi 6 juin, accompagné de M. Cézilly, nous avions une entrevue avec l'éminent Président de la Ligue et M. Jules Arboux, son Secrétaire général ; nous échangions avec eux les vues les plus intéressantes sur les *rapports des médecins avec les Sociétés de Secours mutuels*, constatant de part et d'autre qu'il y avait beaucoup à faire pour améliorer ces rapports. Nous nous sommes vite rendu compte qu'il était en notre pouvoir et que c'était en même temps notre devoir de nous entendre pour arriver à un résultat si désirable.

A sa prochaine réunion, le Bureau de l'Union s'occupera particulièrement de l'organisation du service médical et pharmaceutique des Sociétés de Secours mutuels ; il jettera les bases de l'étude à laquelle nous devrons procéder pour établir les principes qui doivent présider dans l'avenir à toute bonne organisation de ce genre.

Nous savons tous combien le plus souvent sont défectueuses et peu rationnelles ces organisations, quels sont les mobiles qui y président presque partout. Apporter un remède efficace à cette fâcheuse situation est une œuvre bien digne de tenter les représentants des Syndicats médicaux et les hommes éminents qui sont à la tête de la Ligue de la mutualité. Nous avons acquis la certitude que nous trouverons chez les uns et les autres toute la bonne volonté et tout le dévouement nécessaires pour mener à bien cette grande entreprise.

Déjà bien des Syndicats médicaux ont abordé à maintes reprises et par différents côtés l'étude dont nous parlons ; il sera nécessaire qu'ils ramènent prochainement l'attention de leurs membres de ce côté, et nous pensons bien, lorsque le moment en sera venu, leur demander leur concours pour un aussi important travail. Nous savons que nous pouvons compter sur celui du Comité de Direction du Concours médical. L'article de M. Cézilly, dont nous parlions en commençant, ne nous laisse aucun doute à ce sujet.

L. Porson.

Service militaire des Etudiants en médecine.

M. le professeur Cornil, notre Président d'honneur, continue à prêter son concours dévoué et actif à notre Association. On se souvient avec quelle chaleur il a défendu dernièrement les intérêts des médecins au Sénat, au moment de la discussion de la loi sur l'Assistance des indigents et plus tard à l'occasion de l'élévation des patentes des médecins de Paris et des villes de plus de 100 000 habitants.

Il vient encore de nous témoigner l'intérêt qu'il nous porte en déposant, au nom de l'Union des Syndicats, le vœu émis par son bureau au sujet *du service militaire des étudiants en médecine* ; on lira plus loin ce vœu et on verra que, s'il diffère sur quelques points de celui qui a été formulé par le Syndicat de la Presse médicale, il s'inspire des mêmes idées que le projet de loi déposé par M. Cornil au Sénat.

Voici ce vœu :

Paris, le 1er juin 1893.

A Messieurs les Sénateurs, Membres de la Commission de l'armée.

Messieurs les Sénateurs,

Le Bureau de l'Union des Syndicats médicaux de France, dans sa dernière réunion, s'est occupé, sur la demande de plusieurs syndicats médicaux de province, de la situation faite aux étudiants en médecine, au point de vue du service militaire, par la loi du 15 juillet 1889.

Dans l'étude de cette importante question, nous nous sommes préoccupés de mettre d'accord le bien du pays avec les intérêts que nous avions la mission de sauvegarder, et nous avons apporté nos soins à écarter toute proposition ne remplissant pas ce double but.

Aux termes de la loi en vigueur, les étudiants en médecine ont la faculté de n'accomplir qu'une année de service, à la condition d'être pourvus du diplôme de docteur ou du titre d'interne des Hôpitaux, à l'âge de 26 ans.

Pendant cette année de service, ils reçoivent l'instruction militaire du soldat d'infanterie.

Ces dispositions de la loi portent un préjudice considérable aux études médicales en même temps qu'aux intérêts de l'armée ; en effet, l'étudiant obligé de suspendre ses études, soit avant sa première inscription, soit plus tard, perd complètement cette année sans aucune espèce d'utilité, ni pour lui, ni

pour le service de santé militaire, dont il devra un jour faire partie.

Au régiment, il reçoit l'instruction du combattant, alors qu'en temps de guerre il n'aura pas le droit de porter les armes ; anomalie étrange, puisque la loi prévoit qu'il sera incorporé dans le service de santé, et que, d'autre part, il se trouvera neutralisé par la Convention de Genève.

Le système actuel ne permet pas davantage à l'étudiant de recevoir l'instruction professionnelle qu'il devrait posséder lorsqu'il se présente aux examens de médecin de réserve. A ce moment, on ne lui a appris nulle part à connaître le matériel du service de santé en campagne, et ce n'est que dans des manuels qu'il a pu étudier l'organisation et la réglementation du service de santé.

Telles sont les conditions absolument défectueuses dans lesquelles se recrute aujourd'hui le médecin de réserve ; d'une part, insuffisance d'instruction professionnelle, d'autre part, responsabilité énorme sans préparation préalable. Ce ne sont pas, en effet, les deux périodes de 28 jours, qu'il est appelé à accomplir dans la réserve, qui peuvent le mettre à même de combler les lacunes de son instruction, en tant que médecin militaire.

Il nous a donc semblé que le moment le plus favorable, autant pour la commodité de ses études, que pour l'emploi fructueux de son année de service militaire, serait celui où l'étudiant vient d'entrer en possession de son diplôme de Docteur. Il consacrerait alors une année entière à l'étude du service de santé militaire. Après avoir ainsi reçu une instruction spéciale, analogue à celle des stagiaires du Val-de-Grâce, il se trouverait dans des conditions d'aptitude très suffisantes pour remplir les fonctions de médecin aide-major de réserve.

Ces dispositions permettraient à l'étudiant d'obtenir un an plus tôt son diplôme de docteur, elle donnerait en outre au service de santé une classe de plus de médecins au moment d'une mobilisation. Cette dernière considération est d'autant moins négligeable que le nombre des médecins militaires, déjà insuffisant en temps de paix, devra être augmenté en temps de guerre dans des proportions qui rendront son recrutement fort difficile.

Nous ne voulons pas insister sur l'inégalité de situation qui existe actuellement entre les étudiants en médecine obligés à de longues et coûteuses études et les élèves de l'école Polytechnique, de l'école Centrale, de l'Ecole des Mines et de l'école Normale.

Il nous paraîtrait équitable, sans demander toutefois une assimilation absolue entre les étudiants en médecine et les élèves de ces diverses écoles, de s'inspirer vis-à-vis d'eux, des mêmes préoccupations qui ont fait introduire dans la loi sur le recrutement les modifications spéciales à ces écoles.

Les considérations précédentes s'appliquent également aux internes des Hôpitaux nommés au concours dans les villes où existent des facultés de médecine ; par suite de la longue préparation que l'étudiant s'impose pour obtenir le titre d'interne, il n'arrive en général que fort tard au doctorat, le plus souvent après l'âge de 26 ans. Si la loi ne tenait pas compte de cette situation spéciale, l'interne se trouverait dans l'armée, à l'égard du simple docteur en médecine, dans des conditions d'infériorité que ne comporte pas sa valeur scientifique.

En conséquence, Messieurs les Sénateurs, nous vous demandons de vouloir bien modifier l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889 dans le sens du vœu suivant, que nous avons l'honneur de vous soumettre.

Les étudiants en médecine pourront être mis, sur leur demande, en sursis d'appel jusqu'à l'obtention du diplôme de Docteur en médecine ou de leur nomination comme internes titulaires des Hôpitaux nommés au concours dans une ville où existe une faculté de médecine.

Avant l'âge de 27 ans et dans l'année qui suivra leur réception ou leur nomination, ces docteurs en médecine ou internes des hôpitaux seront appelés par le service de santé à accomplir une année de service comme médecins auxiliaires ; ils seront ensuite renvoyés dans leurs foyers après avoir été nommés Médecins aide-majors de 2e classe de Réserve, s'ils ont satisfait aux conditions exigées par les programmes établis en vue de l'obtention de ce titre.

En cas de mobilisation, les étudiants en médecine seront versés dans le service de santé.

Veuillez agréer, Messieurs les Sénateurs, l'assurance de nos sentiments les plus respectueux.

Pour les Membres du Bureau de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Le Président,

Signé : Dr L. PORSON.

Exercice de la médecine sur les Frontières.

Nous nous sommes aussi occupés de la question *de l'exercice de la médecine sur les frontières*. On se rappelle que dans sa réunion du 10 août dernier, le Bureau de l'Union, après avoir entendu la lecture de l'important rapport de son secrétaire-adjoint, M. le Dr Lécuyer, en a adopté les conclusions ; dès le lendemain M. Hanoteau, le Directeur des Consulats au ministère des affaires étrangères, dans une audience qu'il nous accorda ainsi qu'à M. Lécuyer, nous indiqua, avec une obligeance extrême, les démarches que nous avions à faire. Nous avons tenu compte de ses recommandations et nous avons remis à nos présidents d'honneur MM. Cornil, J. Trarieux le dossier en double de cette affaire pour être adressé et recommandé par eux aux Ministères des affaires étrangères et de l'intérieur, qui tous deux ont à intervenir en pareille matière.

Il y a tout lieu d'espérer que nos réclamations obtiendront enfin les satisfactions qu'elles comportent. Que nos confrères de la frontière de l'Est, qui ont tant à souffrir de la concurrence étrangère, prennent patience ; avec la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine, qui entrera en vigueur le 1er décembre prochain, commencera probablement pour eux le régime de juste protection, qu'ils réclament depuis si longtemps.

L. PORSON.

REPORTAGE MÉDICAL

Nous faisons part à nos lecteurs du mariage de Monsieur le Docteur Paul Huguenin, qui aura lieu aujourd'hui samedi à l'Eglise Saint-Eugène. Notre très distingué collaborateur a pour témoins MM. Sevestre, médecin des hôpitaux, et le Directeur du Concours. Nous faisons les vœux les plus sincères pour le bonheur des jeunes mariés.

— Dimanche, 25 juin, est mort, à Liége, le Dr *Festraersts*, directeur du principal journal belge, le *Scalpel*. Notre collègue en journalisme était âgé de 82 ans, et depuis cinquante années, il menait de front la Science et la défense des intérêts professionnels du Corps médical belge. Il était un des plus fervents disciples de l'Association, sous toutes ses formes. Les médecins belges ont trouvé en Festraersts un ardent propagateur de la caisse des pensions de retraite, de la Fédération médicale, de toutes les œuvres de solidarité. Jusqu'au dernier jour, il a été sur la brèche ; sa mort laisse un vide bien difficile à combler. Nos confrères belges se doivent à eux-mêmes de consacrer d'une façon convenable la mémoire de leur ami, de leur bienfaiteur.

— *Les manifestations du quartier latin.* — Il vient de se passer à Paris des incidents déplorables auxquels ont été mêlés des étudiants en médecine ; il y a même eu à l'Hôtel-Dieu des scènes de violences commises par les agents de la force publique sur les internes. Au moment où nous écrivons, ces faits sont trop près de nous pour que nous puissions les apprécier sans parti-pris, et avec la certitude de dire exactement la vérité. Nous nous réservons de donner notre appréciation là-dessus dans le prochain numéro.

— *Le choléra dans le Midi.* — Il semble exister depuis un mois environ une épidémie véritable de choléra dans certaines villes du midi de la France. On a signalé un certain nombre de décès par diarrhée cholériforme à Marseille ; mais actuellement on n'en parle plus.

En revanche, dans les départements du Gard et de l'Hérault, l'épidémie, si épidémie il y a, semble sévir avec plus de force. On a compté à Montpellier plusieurs décès. A Cette et à Alais, on enregistre chaque jour quatre ou cinq décès par diarrhée cholériforme.

— Jusqu'à cette année les élèves stagiaires du Val-de-Grâce assistaient, sous la conduite d'un de leurs professeurs, à un certain nombre de séances du conseil de revision de la Seine. Sans prendre part en aucune façon aux opérations du conseil, ils prenaient là néanmoins une excellente leçon, car il n'est rien de tel que de voir pour savoir.

Mais l'Intendant de service ayant protesté l'année dernière contre leur présence, le Conseil, pour éviter le retour d'incidents, sans cependant admettre la protestation de l'Intendant, a décidé que les médecins stagiaires n'assisteraient plus aux séances du Conseil de revision.

— *Asile pour les femmes enceintes.* — Les travaux de construction de l'asile de la rue de Tolbiac, destiné aux femmes enceintes, viennent d'être terminés. On va procéder à l'aménagement intérieur, et l'inauguration aura lieu probablement en septembre prochain. Il y aura environ une centaine de lits dans cet établissement. On admettra surtout, dans cet asile, les femmes, dont la grossesse sera de huit mois environ et qui seront ensuite dirigées sur la Maternité. Une sage-femme et un médecin seront attachés à l'établissement.

— *Prix de la Smithsonian Institution.* — Une dotation ayant été faite par Th. G. Hodgkins à la *Smithsonian Institution* dans le but de contribuer à répandre et perfectionner nos connaissances sur l'air atmosphérique, considérées dans leur rapport avec le bien-être de l'homme, la Société a ouvert un concours, à la suite duquel seront décernés les prix suivants :

1° Un prix de 10.000 dollars (53.500 francs) à l'auteur d'un traité exposant une découverte importante, dans n'importe quelle branche de la science (météorologie, hygiène, biologie, physique), sur la nature et les propriétés de l'air atmosphérique.

2° Un prix de 2.000 dollars à l'auteur du meilleur essai :

a) Sur les propriétés connues de l'air atmosphérique, leurs rapports avec chaque branche des sciences naturelles, et l'importance de l'étude de l'atmosphère à ce point de vue.

b) Sur la direction que devront prendre les recherches futures destinées à corriger les imperfections des données scientifiques sur l'air atmosphérique et de leurs relations avec les autres sciences.

3° Un prix de 1000 dollars à l'auteur du meilleur traité populaire sur l'air atmosphérique, ses propriétés, ses relations, notamment au point de vue hygiénique, physique et mental. Cet essai ne devra pas contenir plus de 20.000 mots ; il devra être écrit en style simple et de façon qu'on puisse en publier une édition populaire.

4° Il sera décerné tous les ans ou tous les deux ans une médaille d'or pour d'importantes contributions à la question de la nature et des propriétés de l'air atmosphérique, ou pour les applications pratiques des connaissances actuelles, intéressant le bien-être de l'humanité.

Les mémoires pourront être écrits en anglais, allemand, ou italien. Ils seront adressés à M. Langley, secrétaire de la Smithsonian Institution à Washington (Etats-Unis) avant le 1er juillet 1894 pour les trois derniers prix, et avant le 31 décembre 1894 pour le premier.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3808. — M. le Dr Hélary, à Enghien (Seine-et-Oise), présenté par M. le Dr Hervouet, de Paris.

N° 3809. — M. le Dr Authenac (Louis), de Grisolles (Tarn-et-Garonne), membre du Syndicat de Tarn-et-Garonne.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le Dr Henry, de Recey-s/-Ource (Côte-d'Or), membre du Concours médical.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'École de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

Introduction à l'étude des lois générales de l'hypodermie (physiologie et thérapeutique), par J. Chéron, médecin de Saint-Lazare, docteur ès sciences, officier de la Légion d'Honneur. Paris 1893. In-8° de 555 pages avec 21 figures dans le texte. Broché : **10** fr. Reliure simple : **12** fr.

« Toutes les injections hypodermiques produisent des effets identiques, quel que soit le liquide introduit sous la peau, à la condition que ce liquide ne soit pas toxique. La différence ne porte que sur l'intensité plus ou moins grande du phénomène produit. »

Telle est l'épigraphe de ce livre de 555 pages qui remet au point la question de l'hypodermie si étrangement interprétée dans ces derniers temps, au point de vue physiologique, depuis la publication de la méthode de M. Brown-Séquard.

M. Chéron a consacré huit années à expérimenter les transfusions hypodermiques de substances minérales dont il a, plus tard, comparé les effets à ceux qu'on obtient avec les injections de substances d'origine animale ou végétale préconisées récemment. Il a divisé son ouvrage en deux parties, l'une consacrée tout entière à la physiologie, l'autre aux résultats thérapeutiques.

Signalons, dans la première partie, une étude très détaillée de la tension artérielle et surtout de l'hypotension ; l'auteur voit dans les maladies à hypotension l'indication primordiale des transfusions hypodermiques dont le principal effet est de relever la pression sanguine. Etude très originale.

Dans la seconde partie, l'auteur expose la valeur thérapeutique des transfusions hypodermiques dans les maladies à hypotension (altération du sang, neurasthénie, tuberculose, etc., maladies par ralentissement de la nutrition, enfin inflammations et suppurations pelviennes).

Nous ne pouvons donner ici qu'un simple aperçu des questions importantes traitées dans cet ouvrage toujours très clair et d'une lecture facile, ouvrage qui contient un grand nombre d'idées nouvelles sur des sujets d'une incontestable actualité.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année — N° 28 — 15 Juillet 1893

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Comment se procurer rapidement du sérum antitétanique ?

Monsieur le Directeur,

Comme suite à un article récent (no du 1er juillet) sur la pathogénie et le traitement du tétanos, où étaient brièvement mentionnés les quelques essais de traitement par les injections de sérum d'animaux immunisés, vous m'avez demandé d'indiquer ici comment un médecin éloigné de Paris pourrait, le cas échéant, se procurer de ce sérum antitétanique. Voici les renseignements que je suis allé, pour plus de sécurité, demander à la source même, à l'Institut Pasteur. Ils m'ont été obligeamment donnés par M. Martin, préparateur du Dr Roux.

M. Roux, avec le concours de M. Nocard, a vacciné des chevaux contre le tétanos. Le pouvoir antitoxique du sérum d'un des chevaux dépasse aujourd'hui dix millions ; c'est-à-dire qu'un centimètre cube de ce sérum suffit à immuniser contre le tétanos dix mille kilogrammes de souris ; ou, encore, qu'une souris de 20 grammes sera rendue réfractaire par l'injection de 2 millioniémes de cent. cub. du même sérum. C'est le sérum de ce cheval qui est aujourd'hui employé pour les injections antitoxiques.

Pour garder ce sérum en provision, M. Roux le dessèche dans le vide et le conserve à l'état sec : au moment de s'en servir, il est dissous dans six fois son poids d'eau distillée stérile. La dessiccation ne diminue pas son efficacité et permet de le conserver indéfiniment.

C'est cette poudre, ce sérum desséché et de conservation facile, que M. Roux enverra à ceux de ses confrères désireux de l'employer dans le traitement du tétanos.

Le mieux, évidemment, serait d'en être muni à l'avance, pour ne pas perdre un temps précieux, quand se présentera un tétanique : car il faut s'attacher à commencer le traitement dès le début du tétanos, et injecter d'emblée de fortes doses pour rendre rapidement le sang antitoxique. Mais un médecin, dans sa clientèle privée, passe souvent plusieurs années sans observer un seul cas de tétanos : en sorte que le sérum risquerait d'attendre fort longtemps avant d'être employé : il pourrait s'altérer, et son pouvoir antitoxique faiblirait peut-être après un temps si long. Pratique dans les hôpitaux, cette provision d'avance ne l'est donc pas pour la clientèle restreinte d'un médecin.

Du moins, devant les premiers signes du tétanos, le médecin désireux de faire ces injections antitoxiques n'aura qu'à télégraphier au laboratoire du docteur Roux, à l'Institut Pasteur, rue Dutot : il recevra dans le plus bref délai une quantité suffisante de sérum antitétanique, avec la mention de son pouvoir antitoxique, et toutes les indications nécessaires pour son emploi.

Nous ajouterons que les médecins qui s'intéressent à ces essais de traitement par le sérum antitoxique, en trouveront une étude fort remarquable, par MM. Roux et Vaillard, dans les *Annales de l'Institut* Pasteur du 25 février 1893. « Pour nous, concluent ces auteurs, la conduite à tenir en présence d'un cas de tétanos est la suivante : injecter aussitôt et d'emblée une centaine de centimètres cubes de sérum très actif, exciser le foyer d'infection. Administrer encore le lendemain et le surlendemain, 100 c. c. de sérum, par jour. Si le tétanos est enrayé, après une dizaine de jours, surtout si on n'a pas pu enlever le foyer, donner encore du sérum pour prévenir ces retours de tétanos que nous avons signalés chez les animaux. »

Ces injections de sérum antitétanique dissous dans six fois son poids d'eau distillée bouillie, se fait dans le tissu cellulaire sous-cutané de l'abdomen, du dos, ou des membres. Inutile de

se servir d'un appareil spécial. Une seringue de verre de 100 ou 200 gr. de capacité, pouvant s'adapter à une aiguille creuse fine, suffira parfaitement en cas d'urgence, à la condition expresse qu'on la stérilise minutieusement par une ébullition suffisamment prolongée, ou par l'immersion dans l'eau phéniquée au vingtième.

Cette méthode de traitement est encore à l'étude. Elle est inoffensive et très rationnelle ; mais nous avouons en toute franchise que son efficacité contre le tétanos déclaré, à marche aiguë, est encore loin d'être démontrée. Les quelques succès obtenus jusqu'ici se rapportent surtout à des cas chroniques, et l'on sait que ceux-ci guérissent beaucoup moins difficilement.

JOURDAN.

Traitement de la diphthérie par le pétrole.

M. le Dr *Taillefer*, de Châteauneuf (Eure-et-Loir), nous communique à propos du traitement de la diphthérie par les applications locales de pétrole, deux faits qui lui paraissent absolument démonstratifs de l'efficacité de ce moyen :

« Appelé auprès de l'enfant T., âgée de 5 ans, je trouve les piliers du voile du palais, ainsi que la luette envahis par d'épaisses fausses membranes. Je badigeonne moi-même toutes les parties atteintes, avec un pinceau imbibé d'huile de pétrole.

« Voyant que, dès la première application, les surfaces commencent à se déterger d'une façon très manifeste, je fais continuer les badigeonnages toutes les 4 heures. Entre chaque badigeonnage, les plaques reparaissent, plus ou moins pour disparaître complètement après un traitement d'une huitaine de jours.

« Je dois ajouter que je faisais prendre à l'intérieur, comme je le fais toujours, du sulfure de calcium à haute dose.

« J'étais déjà très heureux de ce résultat, mais je ne voulais pas encore trop m'en réjouir, un seul cas ne pouvant guère être invoqué à l'appui d'un traitement, lorsque j'ai pu en voir la confirmation par le fait suivant qui s'est produit quelques jours après.

« Appelé en consultation par un confrère des environs auprès d'une enfant de 6 ans, nous diagnostiquons un croup d'emblée, sans angine couenneuse, avec tirage violent et menace de mort prochaine.

« Nous décidons de faire séance tenante la trachéotomie qui réussit. Le lendemain, expulsion par la canule de nombreuses fausses membranes. L'état était très satisfaisant lorsque la plaie trachéale se recouvre de fausses membranes épaisses, ainsi que la surface d'un vésicatoire placé par les parents au devant de la poitrine avant l'arrivée du médecin. Après quelques badigeonnages au pétrole, les fausses membranes se sont détachées avec la plus grande facilité et l'enfant a guéri parfaitement. »

Le traitement par le pétrole récemment relancé par la presse extra-médicale, n'est pas nouveau. Depuis près de 10 ans, on l'a expérimenté et comme presque tous les topiques employés, ce liquide a donné de bons résultats, à condition que l'angine soit bénigne. Ce qu'il faudrait obtenir, c'est la guérison d'angines toxiques avec le pétrole. Or nous n'en connaissons malheureusement pas de faits probants.

Les déchirures du périnée (1),

Par le Dr Berlin (de Nice).

Les déchirures du périnée remontent presque toujours à un accouchement.

Déchirures récentes. — Nous n'insisterons pas sur les *déchirures récentes* : c'est question d'obstétrique pure.

Nous en dirons seulement ceci :

Il ne dépend pas toujours de l'accoucheur, si habile et si prudent qu'on le suppose, d'épargner à une femme, soit dans un accouchement naturel, soit, à plus forte raison, dans certaines versions ou applications de forceps, une déchirure du périnée ; mais il dépend toujours de lui, s'il n'a pu éviter cet accident, de chercher à le réparer séance tenante ; avec une bonne antisepsie et une suture exacte, il y réussit couramment.

Le très grand nombre de périnées avariés que l'on rencontre chaque jour démontre malheureusement que cette règle si simple est fréquemment méconnue, non seulement par des sages-femmes, mais par beaucoup de médecins ; trop souvent la réparation des déchirures obstétricales est livrée aux caprices de la bonne nature ou n'est recherchée, sans antisepsie sérieuse, qu'à l'aide de vagues serres-fines.

C'est ainsi que le gynécologue se trouve appelé tôt ou tard à réparer la négligence de l'accoucheur.

Déchirures anciennes. — Que la suture immédiate n'ait pas été faite ou qu'elle ait échoué, nous envisagerons ici les déchirures anciennes, celle que nous constatons à une époque plus ou moins éloignée de l'accouchement, alors que la nature a épuisé tous ses efforts réparateurs.

Nous n'avons pas à décrire toutes les variétés de forme, de situation, d'aspect que peut revêtir cette lésion ; parfois exactement médiane, elle est le plus souvent asymétrique et irrégulière.

La seule question capitale, celle qu'on doit immédiatement résoudre, est celle-ci :

Le sphincter de l'anus est-il rompu ? est-il intact ?

a. — *Le sphincter anal est rompu.*

C'est la *déchirure complète* du périnée ; le diagnostic s'impose de lui-même.

Dans les cas les plus graves, non seulement le sphincter anal est déchiré, mais la cloison recto-vaginale est détruite dans une hauteur de plusieurs centimètres. Le rectum et le vagin forment une sorte de cloaque par où les matières solides et liquides, ainsi que les gaz, s'échappent involontairement.

A un degré moins intense, les dégâts se limitent au sphincter anal proprement dit. L'anus ne se distingue plus de la vulve que par la couleur hortensia de la muqueuse rectale qui fait saillie au milieu des plis rosés de la muqueuse vulvaire ; mais, à une petite distance, on retrouve la cloison recto-vaginale, sous forme d'un rebord cicatriciel aminci, plus ou moins tendu.

Parfois l'orifice anal est encore séparé du vagin par une petite bandelette cicatricielle ; mais cette bandelette est dépourvue de fibres musculaires, et, si elle empêche dans une certaine mesure l'issue involontaire des matières solides, elle ne peut lutter contre les matières liquides et contre les gaz.

Il est superflu de noter combien ces accidents d'incontinence rendent pénible l'existence d'une malade ; la situation se trouve encore aggravée, à bref délai, par les divers accidents liés au prolapsus de l'utérus (catarrhe utérin, douleurs lombaires, impossibilité de la marche prolongée et des efforts, etc.)

Point n'est besoin non plus d'insister sur la con-

(1) Extrait du *Guide de diagnostic gynécologique*, par le Dr Berlin, avec une préface par le Dr Auvard, accoucheur des hôpitaux. Paris, Société d'éditions scientifiques, 1893.

duite à tenir en présence d'une lésion aussi grossière. Cette lésion doit être réparée à tout prix ; en pareil cas, tout le monde est d'accord.

b. — *Le sphincter anal est intact.*

La question est un peu moins simple quand il s'agit des *déchirures périnéales* dites *incomplètes*, c'est-à-dire *avec conservation du sphincter anal.*

Beaucoup de médecins supposent que tout est dit, pourvu que l'anus soit conservé, pourvu que la femme retienne ses matières et ses gaz. S'agit-il d'examiner une malade atteinte de troubles utérins, tous songeront d'emblée au toucher, à l'hystérométrie, à l'application du spéculum, etc. ; bien peu s'occuperont au préalable de la conformation du périnée.

C'est, à mon sens, une omission grave, qui explique beaucoup d'insuccès thérapeutiques.

L'insuffisance du périnée est certainement un facteur de premier ordre dans la pathogénie et dans la persistance de bien des affections utérines ; *un utérus malade est fréquemment un utérus mal soutenu* ; la notion de ce fait essentiel ne saurait être trop propagée.

Je m'explique :

La sangle périnéale est le soutien par excellence de l'utérus et, par contre-coup, de la plupart des viscères pelviens. Ce soutien vient-il à faiblir, il se produit, dans la statique de ces organes, une série de modifications mécaniques dont la clinique nous permet d'observer, étape par étape, la filiation.

Tout d'abord l'utérus, n'étant plus maintenu dans son antéversion normale par un plan résistant, tend à se redresser, à se rapprocher de la verticale, puis à se renverser en arrière.

En même temps, il s'abaisse peu à peu, entraînant avec lui d'abord la paroi antérieure du vagin et la vessie, plus tard la paroi postérieure du vagin et le rectum ; ces organes viennent tour à tour faire saillie à la vulve (*colpocèle antérieure, c. postérieure*).

Cette migration de l'utérus ne va pas sans entraîner des troubles dans la circulation et la nutrition de cet organe, des accidents de congestion passive, de stase sanguine ; l'utérus s'hypertrophie, devient plus lourd ; son mouvement de descente s'en trouve accéléré d'autant. Le prolapsus utérin complet, avec ou sans allongement hypertrophique du col, est l'aboutissant ultime de ce processus.

Ce n'est pas tout. Le périnée n'est pas seulement un soutien mécanique pour l'utérus ; il a encore pour mission de protéger la muqueuse utérine contre les poussières irritantes et les germes pathogènes venus du dehors. Avec une vulve mal fermée, cette protection ne s'exerce plus et l'endomètre reste exposé aux agents extérieurs qui peuvent, soit engendrer de toutes pièces un processus d'endométrite, soit retarder indéfiniment la cicatrisation de lésions endométritiques préexistantes. C'est l'histoire des kérato-conjonctivites qui surviennent chez les malades atteints d'ectropion des paupières.

Ce ne sont pas là des vues théoriques. Si j'y insiste avec autant de conviction, c'est que la pratique en démontre pleinement la réalité.

Telle malade, atteinte de catarrhe cervical, d'ectropion du col, d'hémorragies utérines, verra ces accidents persister ou s'aggraver indéfiniment, malgré l'hygiène la plus soigneuse, malgré les traitements les plus actifs ; tout cela, parce que le traitement n'aura visé que l'utérus seul et parce qu'une insuffisance périnéale, peu apparente, aura passé inaperçue. Le jour où, par une opération fort simple, on aura restauré ce périnée insuffisant, tel traitement, impuissant jusque là, réussira comme par miracle ; souvent même les accidents de la métrite guériront spontanément. Ce sont des faits d'observation courante.

Posons donc en principe que, dans l'examen de la vulve, la conformation et la résistance du périnée doivent toujours être l'objet d'une attention spéciale.

Tantôt la vulve est manifestement béante en arrière ; la commissure postérieure, plus ou moins largement détruite, est remplacée par une surface cicatricielle, lisse ou irrégulière, formant une sorte de plan incliné vers l'anus.

D'autres fois, le cas est plus insidieux et l'on peut être trompé par un examen superficiel.

Je veux parler de certains périnées qui n'existent qu'*en façade*, c'est-à-dire qui ne sont plus constitués que par une mince cloison de muqueuse, par une sorte de pellicule, laquelle permet encore à la vulve de faire bonne figure, mais n'est d'aucune valeur comme organe de soutien. C'est au moyen du toucher, par le vagin et par l'anus, qu'il convient d'apprécier l'épaisseur réelle et la résistance effective de ces périnées.

Ce n'est pas tout.

Quand on examine une femme dans la position couchée, le retentissement mécanique de l'insuffisance périnéale sur les viscères pelviens peut passer inaperçu.

Mais qu'on invite la malade à tousser, à faire un effort, à pousser longuement comme pour aller à la selle et l'on verra se constituer successivement à la vulve la colpocèle antérieure, puis la postérieure enfin le prolapsus du col.

Qu'on fasse ensuite lever la malade, qu'on l'invite encore à pousser, pendant qu'on pratique le toucher debout ; c'est dans ces conditions qu'on se trouvera édifié sur l'état véritable de la statique intra-pelvienne.

Nouveau traitement de la tuberculose.

Partant de cette idée que les eaux thermales des Pyrénées qui avaient produit une amélioration appréciable chez les malades suspects de tuberculose, contenaient du silicate de soude, et, que les préparations sulfureuses simples n'avaient pas une action sensible, M. le Dr Peyret, de Lourdes, s'est demandé si le silicate de soude n'avait pas une action incontestable sur le bacille de la tuberculose. Ses recherches à ce sujet ne lui laissent aucun doute. Le silicate de soude tue rapidement le bacille.

Mais comment le faire arriver jusqu'à lui ?

« 1° Un malade porteur d'une fistule du gros doigt du pied démesurément gonflé, se présente dans mon cabinet. Je pousse, à plusieurs reprises, une solution à 10 % de silicate de soude dans le trajet fistuleux. J'applique de la ouate trempée dans la solution et j'enroule une bande. Je revois ce malade 15 jours après : la fistule avait disparu et l'orteil avait repris son volume primitif. J'allais oublier de dire que cette fistule, qui donnait quelques gouttes de pus par jour, datait de trois ans.

« J'ai traité sept cas de tuberculoses locales avec le même succès. Encouragé par ces résultats, j'attends une occasion favorable pour essayer de porter le silicate de soude sur le foyer du mal à travers les tissus au moyen de la seringue de Pravaz.

« 2° Quelque temps après, je suis appelé auprès d'un ouvrier porteur d'une arthrite tibio-tarsienne. La fluctuation indique la présence d'un liquide, j'introduis l'aiguille de la seringue et j'aspire un peu de liquide trouble et purulent. J'enfonce alors un trocart et je donne issue à l'épanchement. Un stylet introduit jusqu'aux surfaces articulaires indique une surface rugueuse. J'introduis alors la solution de silicate de soude à 10 % (de silicate sirupeux) que j'ai soin de neutraliser autant que possible par de l'acide salicylique. L'injection n'est pas douloureuse. A partir de ce moment tout change : l'a-

mélioration marche rapidement. Quinze jours après, le malade peut être considéré comme guéri. Il continue à exercer son métier de carrier, sans qu'on puisse soupçonner une rechute après 3 ans.

« 3° Une fillette de huit ans boite depuis un an. La tête du 5me métatarsien est plus grosse d'un tiers de sa grosseur primitive. La pression est douloureuse. Je prescris des pulvérisations quotidiennes de solution de silicate de soude sur la partie malade. Quinze jours après, tout est rentré dans l'ordre. Toute gêne a disparu.

« 4° Un jeune homme de 16 ans est affecté de tuberculose du mesentère. Pendant quelque temps, il marche courbé, mais il est bientôt forcé de garder le lit, tant est vive une douleur qui siège au niveau de l'anneau inguinal. Je fais faire des applications chaudes de silicate de soude dans l'intervalle des pulvérisations. Trois jours après, il se lève, marche et se croit guéri. Il n'en est rien pourtant, car son état cachectique persiste, mais l'appétit a reparu.

« 5° Un jeune prêtre tuberculeux crache et sue beaucoup, peut à peine marcher et ne mange qu'avec une extrême répugnance. Je prescris des pulvérisations de silicate de soude, des compresses chaudes de la même solution pendant la nuit.

« Dans la journée, il respire amplement de temps en temps, la bouche ouverte, devant un pulvérisateur qui fonctionne chargé de la solution de silicate de soude neutralisé avec de l'acide salicylique. Trois semaines après, les crachats persistent quoique moins épais et moins abondants, les sueurs ont disparu, ainsi que la diarrhée ; l'appétit est revenu. Il fait deux promenades par jour. Il prétend que la maladie s'est arrêtée. A l'ausculter on ne trouve pas de grands changements. Le malade ayant quitté le pays, j'ignore si le mieux persiste toujours.

« Que faut-il conclure de ce qui précède ?

« Le silicate de soude fait merveille dans les tuberculoses locales. Une guérison rapide est la règle.

« Dans la phtisie la disparition des sueurs, de la diarrhée, le retour de l'appétit et l'augmentation des forces font regretter un moyen *inoffensif* plus efficace que les compresses chaudes et les pulvérisations pour faire pénétrer le silicate de soude dans les parties lésées.

« Je n'ai pas osé employer le silicate de soude par voie stomacale parce que le silicate de soude qui tue les plantes ne doit pas être inoffensif à haute dose pour l'homme, et que j'ignore la quantité qu'on peut impunément en ingérer. Les injections hypodermiques dans la poitrine exigent une étude plus complète. »

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Pathogénie, diagnostic et traitement des anémies de la première enfance.

Au point de vue de la pathogénie comme à celui du traitement il convient d'envisager séparément les anémies des nourrissons, de la seconde enfance et de l'adolescence. Bien que certaines causes se présentent à tous les âges, il en est qui sont l'apanage particulier d'une des trois périodes de la vie des enfants ; il y a aussi des traitements qui ne sont pas applicables aux petits comme aux grands enfants.

Chez l'enfant comme chez l'adulte l'anémie se traduit au clinicien par la pâleur de la peau, la décoloration des muqueuses (conjonctives, lèvres, gencives), par la diminution des forces et par l'existence de troubles circulatoires, digestifs et nerveux.

Mais l'examen hématologique peut être indispensable pour éclairer le diagnostic de la nature de l'anémie.

I

Pour les anémies de la première enfance, nous avons à puiser d'intéressants documents dans l'excellente thèse publiée en 1891, par M. le Dr Ch. Luzet (1).

Nous pensons qu'il ne sera pas sans intérêt de résumer pour nos lecteurs les notions anatomiques et physiologiques peu connues qui ont de l'importance au point de vue du diagnostic et du pronostic.

Le processus de sanguification comprend 3 périodes : embryonnaire, fœtale, adulte.

Chez l'embryon, les premiers globules se forment dans l'intérieur des premiers vaisseaux et sont des *cellules rouges*, c'est-à-dire des éléments hémoglobinifères, *munis d'un noyau* (différents par conséquent des globules rouges adultes). Ces cellules, après avoir grossi, pris la forme elliptique et en partie aplatie, avec deux à quatre noyaux, se divisent dans le sang lui-même par étranglement en autant de cellules nouvelles.

Chez le fœtus l'hématopoïèse, plus complexe, s'accomplit d'une part au moyen des cellules vaso-formatives de Ranvier dans le tissu conjonctif, dans les membranes séreuses telles que l'épiploon, pour former des *globules rouges adultes*, discoïdes et *sans noyau*, et des hématoblastes d'Hayem, — d'autre part dans les organes dits hématopoïétiques (foie d'abord, puis rate, moelle des os, ganglions lymphatiques) pour donner naissance à des cellules rouges nucléées plus ou moins sphériques.

Après la naissance et chez l'adulte la formation du sang se fait presque exclusivement aux dépens des hématoblastes d'Hayem, éléments sphériques, devenant bientôt biconcaves, d'un diamètre de 1 à 5 μ, par conséquent inférieur à celui des hématies (5 à 7 μ), dépourvus de noyau, qui sont normalement chez l'adulte dans le rapport de 1 hématoblaste pour 20 hématies, mais qui se multiplient énormément après toute perte de sang un peu importante (crise hématoblastique) ; chaque hématoblaste augmente de volume, se charge d'hémoglobine pour constituer une hématie adulte.

Le rôle des organes hématopoïétiques cesse chez l'adulte : le foie dès les premiers jours de la vie extra-utérine, les ganglions n'ont aucun rôle à l'état normal et n'en retrouvent qu'un à peine marqué à l'état pathologique. La rate, qui détruit les globules rouges, n'en fabrique plus chez l'adulte. Peut-être la moelle des os continue-t-elle à transformer les cellules rouges en globules rouges. En tous cas on ne rencontre plus de cellules rouges en circulation dans le sang dès la naissance et elles ne reparaissent

(1) *Études sur les anémies de la première enfance*, G. Steinheil, éditeur.

qu'à la période ultime des anémies extrêmes chroniques (Hayem). Leur présence indique le retour à l'activité d'organes hématopoïétiques, une tentative suprême de l'organisme pour réparer le sang par tous les moyens dont il dispose.

Les globules blancs, qui apparaissent dans le sang embryonnaire peu de jours après les cellules rouges, sont formés soit par division des cellules lymphatiques préexistantes, soit dans le système lymphoïde, qui comprend, outre les organes hématopoïétiques, un grand nombre de foyers en rapport avec les muqueuses et le thymus chez le fœtus.

Il y a des leucocytes de variétés nombreuses, depuis le leucocyte à gros noyau unique jusqu'au leucocyte à noyaux multiples. On n'admet plus que les leucocytes puissent se transformer en hématies.

En résumé, dit Luzet, la cellule rouge, qu'elle soit produite dans l'aire transparente ou dans les organes hématopoïétiques, existe seule pendant les premiers jours de la vie embryonnaire. Son rôle diminue peu à peu chez le fœtus à mesure que grandit celui du globule rouge pour cesser à la naissance. Elle ne peut reparaître que dans certaines conditions pathologiques, que réalisent les anémies graves et prolongées de toute nature. Mais, en raison de la plus grande vitalité des organes hématopoïétiques chez l'enfant, cette réapparition est beaucoup plus facile chez lui que chez l'adulte. D'ailleurs le nombre de cellules rouges ainsi produites est toujours insuffisant pour pourvoir aux besoins de la réparation sanguine et leur apparition chez l'adulte est toujours d'un pronostic très grave (Hayem).

Les recherches personnelles de M. Luzet ont montré que le foie, la rate et la moelle des os chez les animaux nouveau-nés et les fœtus humains fabriquent des cellules rouges par un procédé unique, aux dépens de grandes cellules à noyau polymorphe, qui se segmentent en petites cellules hyalines, lesquelles se déversent dans des sinus sanguins sans parois propres, où elles achèvent leur évolution en se chargeant d'hémoglobine et où elles subissent une multiplication par karyokinèse.

Or, il résulte des travaux de Hayem et Luzet que *les anémies du nourrisson provoquent facilement, en ranimant l'état fœtal des organes hématopoïétiques, le passage des cellules rouges dans le sang en circulation.*

II

Les causes les plus fréquentes d'anémie dans la première enfance sont la diarrhée, choléra infantile et autres diarrhées infectieuses, et la syphilis.

L'altération du sang atteint son maximum quand la diarrhée survient chez un enfant débilité antérieurement par la tuberculose, la syphilis ou des diarrhées antérieures répétées.

La syphilis héréditaire détermine une cachexie avec anémie assez intense, que tendent à compenser les organes hématopoïétiques jusqu'à un âge déjà avancé. Le passage des cellules rouges dans le sang se fait plus facilement quand il y a une altération macroscopique des organes hématopoïétiques, surtout l'hypertrophie de la rate.

Le rachitisme, à sa période de résorption osseuse, s'accompagne toujours d'un degré plus ou moins accusé d'anémie et on observe souvent la mégalosplénie. Que l'anémie soit simple ou mégalosplénique c'est la moelle des os qui paraît fournir le plus grand nombre des cellules rouges qui se voient dans le sang.

Dans ces formes d'anémie on peut rencontrer une leucocytose modérée, qui tend à diminuer en même temps que la cachexie, sans que la proportion normale des diverses formes de leucocytes soit modifiée notablement.

M. Luzet a mis en lumière l'existence chez le nourrisson d'une maladie spéciale à cet âge, voisine de la leucocythémie, sinon identique avec elle, à laquelle il donne avec V. Jacksh le nom d'*anémie infantile pseudo-leucémique* : dans cet état morbide on observe l'association de l'anémie avec une tuméfaction de la rate, une leucocytose modérée et la présence dans le sang d'un grand nombre de cellules rouges, dont beaucoup présentent des phénomènes de karyokinèse. Dans cette maladie on observe un retour à l'état fœtal de la fonction des organes hématopoïétiques. Cette reviviscence peut s'étendre au foie hématopoïétique dans les premiers mois de la vie, et, c'est là un fait spécial à cette forme morbide. La majeure partie des cellules rouges que l'on trouve dans le sang est fournie par la moelle des os. Mais il se fait probablement aussi une multiplication des cellules rouges dans le sang même, par karyokinèse, comme dans les sinus sanguins des organes hématopoïétiques fœtaux.

L'anémie pseudo-leucémique peut guérir, mais elle peut aussi se transformer en leucémie par augmentation progressive du nombre des globules blancs et la terminaison est alors rapidement fatale.

En dehors des anémies liées à une altération des organes lymphoïdes, comme celle dont nous venons de parler, le DIAGNOSTIC des anémies chez l'enfant du premier âge repose sur la connaissance des influences étiologiques suivantes : Parmi les facteurs d'anémie les plus puissants, se placent : la gastro-entérite des nouveau-nés, le rachitisme et la syphilis héréditaire, puis comme dans la seconde enfance toutes les maladies infectieuses aigües ou chroniques, comme la tuberculose.

On peut, à l'exemple de Luzet, distinguer parmi ces anémies diverses celles qui s'accompagnent de tuméfaction de la rate et des organes lymphoïdes et celles où ces organes ne sont pas modifiés.

Anémies sans splénomégalie. — Les anémies qui succèdent à une hémorrhagie par plaie extérieure ou mélæna.

Anémies par gastro-entérite : après une période de fausse hyperglobulie par concentration du sang, on voit le nombre des globules rouges s'abaisser considérablement, tandis que les leucocytes se multiplient légèrement ; les hématies peuvent tomber à 926,000 avec appauvrissement de la teneur de chaque globule en hémoglobine (valeur globulaire), les leucocytes étant à 18,900, c'est-à-dire 1 globule blanc pour 50 rouges. On peut voir chez les jeunes enfants des cellules rouges reparaître dans la circulation sans que cette apparition entraîne le pro-

nostic grave que nous rappelions plus haut chez l'adulte.

La même réflexion s'applique aux anémies par syphilis héréditaire et rachitisme sans tuméfaction de la rate ; ces anémies sont curables. La tuberculose peut déterminer aussi l'anémie sans altération des organes lymphoïdes, ainsi font le cancer du rein et l'helminthiase, à laquelle peuvent être rapportés des cas prétendus d'anémie pernicieuse. On conseille dans les cas douteux d'anémie de cause obscure de rechercher au microscope les œufs d'helminthes dans les selles.

Anémies avec mégalosplénie et tuméfactions ganglionnaires. — La syphilis héréditaire avec mégalosplénie entraîne une anémie plus intense et plus grave que si la rate n'est pas intéressée : diminution du nombre des hématoblastes, leucocytose à 20,000, passage plus fréquent dans le sang de cellules rouges, qui, au fur et à mesure que l'affection guérit, deviennent plus rares. La coëxistence de signes multiples d'infection syphilitique (lésions cutanées et muqueuses, adénopathies) permet d'établir le diagnostic.

Le rachitisme dans la période de décalcification des os et de déformations entraîne des lésions hématiques analogues à celles de la syphilis. Les altérations du sang sont, suivant certains auteurs, de nature à dégénérer en leucocythémie vraie.

La tuberculose avec grosse rate, la dégénérescence amyloïde de la rate, l'impaludisme chronique sont des facteurs d'anémie avec splénomégalie. Ces cas écartés, lorsqu'on constate chez un enfant la pâleur progressive avec tuméfaction chronique de la rate, il n'y a plus à envisager que l'adénie, la leucocythémie et l'anémie pseudo-leucémique.

L'adénie se reconnaît à la tuméfaction considérable et rapidement progressive de différents groupes de ganglions parmi lesquels ceux du médiastin et de la cavité abdominale. Il ne s'agit là ni de ces adénopathies limitées que commandent des lésions cutanées et muqueuses, ni de cette micro-polyadénopathie de nature tuberculeuse dont nous devons la connaissance à Legroux (petits ganglions sous-cutanés durs, roulant sous la peau comme des grains de plomb). Dans l'adénie la leucocytose est faible ; 10,230 leucocytes à la période cachectique (Hayem).

Dans la leucémie infantile les leucocytes sont augmentés modérément en général ; rarement et seulement au-dessus de 2 ans, on a vu les leucocytes se multiplier au point qu'il y en eût 1 pour 6 hématies et même 2 pour 1.

Luzet pense que, dans les cas où on trouve 50 à 60,000 globules blancs, on peut encore espérer la guérison, mais qu'au delà de 100,000 le pronostic est inexorable à plus court délai que chez l'adulte. On rencontre chez l'enfant leucémique comme chez l'adulte les signes de thromboses d'embolies par leucocytes, d'infarctus blancs (épistaxis, infarctus rétiniens, purpura et autres lésions cutanées d'ordre hémorrhagique).

III

Le TRAITEMENT des anémies infantiles comprend d'abord la restauration de l'intégrité des fonctions digestives si elles ont été altérées : car c'est à l'alimentation plutôt qu'aux médicaments que nous pouvons le demander.

Dans l'*anémie par gastro-entérite*, on combattra, suivant les cas, la diarrhée ou les vomissements par la régularisation des tetées ou des prises de lait stérilisé, par les alcalins, l'eau de chaux, les préparations de bismuth associées aux antiseptiques — benzonaphtol, — par l'acide chlorhydrique uni à la papaïne, puis par les phosphates et le lait phosphaté naturel dont l'emploi commence à se répandre.

C'est aux phosphates, au lait chloruré, aux bains salés qu'on demandera la réparation hématique des *rachitiques*.

A l'*anémie par perte de sang*, on pourra opposer les préparations d'hémoglobine soluble, le proto-chlorure de fer, l'iodure et le tartrate de fer.

Dans l'*anémie tuberculeuse*, si l'enfant atteint la fin de la première année, on pourra adjoindre au lait le jaune d'œuf et la poudre de viande, en soumettant l'enfant aux inhalations de vapeurs de créosote, ou à l'injection hypodermique de très petites quantités d'huile créosotée (un à quatre centimètres cubes d'une solution au quinzième).

L'*anémie engendrée par la syphilis* requiert le traitement spécifique (les frictions mercurielles, la liqueur de Van Swieten). Le mercure aide plus que le fer à la rénovation globulaire chez les syphilitiques. On voit diminuer de jour en jour d'énormes splénomégalies sous l'influence hydrargyrique seule, ou avec l'iodure associé.

Dans *l'anémie palustre* avec splénomégalie, la quinine a une action nettement favorable ; le quinquina (sirop, teinture ou poudre) doit être donné conjointement ou alternativement. L'arsenic m'a donné un beau succès dans un cas d'impaludisme héréditaire. Mosler et Binz ont conseillé, dans ces cas, la teinture d'eucalyptus. On associera à tout traitement interne les frictions de la peau avec l'alcool, les lotions froides, les bains salés.

Le phosphore a été conseillé dans *l'anémie leucémique* par plusieurs auteurs considérables ; on emploie aussi l'huile phosphorée, comme le fait Kassowitz dans le rachitisme.

P. LE GENDRE.

(Revue d'Obstétrique et de Pædiatrie.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La loi sur l'exercice de la pharmacie devant la Chambre.

La discussion du projet de loi sur l'exercice de la pharmacie, qu'on pouvait croire renvoyée à la législature prochaine, est venue, inopinément, à l'ordre du jour.

Quand nous disons discussion, nous nous servons du terme consacré, car, sauf sur un seul point, il n'y a pas eu ombre de discussion, et les propositions de la commission n'ont eu besoin que d'être lues pour être immédiatement adoptées.

Nous avons lu quelque part que les pharmaciens, vainqueurs le 27 juin, avaient été battus le 30 — cela nous importe peu, puisque nous ne sommes pas chargés de soutenir leurs intérêts professionnels.

Ce qui nous importe, c'est la question des relations, qui doivent exister entre le corps médi-

cal et les pharmaciens, et nous avons le regret de constater qu'elle n'a même pas été effleurée.

On prétend qu'il y a un certain nombre de médecins à la Chambre ; il faut croire que, par ce temps de chaleur, une douce somnolence les avait envahis, ou que les frais ombrages avaient pour eux plus d'attrait que l'éloquence de M. César Duval, rapporteur de la commission.

Quoi qu'il en soit, nous nous étonnerons d'avoir vu voter, sans la moindre opposition, une disposition conçue en ces termes :

Toute substance constituant un médicament simple ou composé, sous quelque forme que ce soit, peut, sauf l'exception prévue par l'article suivant, *être librement délivrée par le pharmacien*, avec son étiquette et sur la demande expresse de l'acheteur, et ce, *sans qu'il puisse être dérogé aux lois sur l'exercice de la médecine*.

Qu'il y ait ou non étiquette, cela nous est absolument indifférent, mais ce que nous n'admettrons jamais, c'est que le fait de donner, à un malade, des médicaments ne constitue pas l'exercice de la médecine.

Oh ! nous savons bien que l'article dit : sur la demande expresse de l'acheteur ; mais nous savons aussi ce que sera le plus souvent cette demande expresse :

Un malade se présentera chez le pharmacien en disant : « Monsieur, j'ai la colique et voudrais bien ne plus l'avoir, donnez-moi donc ce qu'il faut pour cela » — et le pharmacien donnera une potion quelconque. Un autre dira qu'il tousse, un troisième qu'il ne peut digérer, etc..., etc... et le pharmacien délivrera ses médicaments.

Si ce n'est pas de l'exercice de la médecine, nous voudrions bien savoir ce que c'est ! Ou plutôt si, nous le savons, c'est de l'exercice ignorant, c'est de l'empirisme, car les pharmaciens, je suppose, n'ont pas la prétention de nous faire admettre leurs connaissances cliniques !

Et comme le fameux article suivant se borne à dire :

Sont exceptés des dispositions de l'article précédent les substances simples *toxiques* et les médicaments composés, *doués de propriétés vénéneuses*, qui sont nominativement désignés dans le décret du 8 juillet 1850 ou qui le seront, soit dans le règlement d'administration publique prévu à l'article 26 de la présente loi, soit dans les décrets ultérieurs.

Autant dire que presque tous les médicaments seront délivrés sans ordonnance de médecin. Autant dire que l'exercice de la médecine ne comportera plus dans l'avenir que le traitement des malades alités — et encore !

Nous savons bien ce que n'aurait pas manqué de nous répondre M. César Duval, si nous avions eu l'honneur de pouvoir lui présenter ces objections : il nous aurait dit que le public ne pouvait pourtant pas être obligé de passer sous les fourches caudines du médecin, pour obtenir un paquet de tilleul, des pastilles de tolu ou du sirop de guimauve. Nous lui aurions répondu à notre tour, ce que M. Jules Roche a fait dans une autre circonstance, qu'il prenait la tangente — pardon ! qu'il s'éloignait de la question. Nous ne contestons à personne le droit de délivrer, librement, certains médicaments inoffensifs ou à peu près ; nous passons condamnation sur le vin de quinquina, sur les capsules de goudron et sur l'alcool camphré. Mais nous disons que l'article de loi qui consacrera cette tolérance doit être restrictif.

Autre chose est de dire : *vous vendrez librement telle, telle et telle choses*, et de dire : *vous vendrez tout librement, excepté telle et telle choses*.

C'est la seconde rédaction qui a triomphé devant la Chambre ; c'est la première dont nous poursuivrons l'adoption près du Sénat mieux éclairé. Et comme en ceci, c'est l'intérêt du public que nous poursuivons, au moins autant que l'intérêt du corps médical, nous finirons peut-être par avoir gain de cause.

Mais que nos confrères se mettent à l'œuvre immédiatement : il faut que nos protestations arrivent à la commission sénatoriale, dès sa constitution, c'est-à-dire à la rentrée parlementaire (1).

Nous aurions bien d'autres choses à dire sur les prescriptions que renferme le projet de loi et sur celles qu'il ne renferme pas. Nous estimons que, dans les études antérieures, toutes les questions ont été discutées suffisamment ; c'est à elles que nous renvoyons nos confrères des syndicats.

Nous invitons les Présidents à constituer, *d'office s'il est nécessaire*, des commissions chargées de présenter aux réunions prochaines des rapports sur ce malencontreux projet, afin que dans trois mois au plus, tous aient pu voter des couclusions.

L'Union des syndicats alors pourra entrer en ligne et agir avec l'autorité qu'on lui connaît.

Loi sur l'Exercice de la Pharmacie

Projet voté en seconde délibération par la Chambre des Députés.

« Art. 1er. — Nul ne peut exercer la profession de pharmacien en France s'il n'est muni d'un diplôme de pharmacien délivré par le Gouvernement français à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur de pharmacie de l'Etat. »

« Art 2. — Désormais il ne sera plus délivré qu'un seul diplôme de pharmacien. »

« Art. 3. — Les pharmaciens reçus à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne peuvent exercer la pharmacie en France qu'à la condition d'avoir obtenu le diplôme de pharmacien dans les conditions prévues à l'article 1er.

« Des dispenses pourront être accordées par le ministre, conformément à un règlement délibéré en conseil supérieur de l'instruction publique. En aucun cas elles ne porteront pas sur la totalité des épreuves. »

« Art. 4. — Les étudiants étrangers qui postulent le diplôme de pharmacien visé à l'article 1er de la présente loi, sont soumis aux mêmes règles de stage, de scolarité et d'examens que les étudiants français. Les diplômes et certificats d'études secondaires qu'ils ont obtenus à l'étranger peuvent être déclarés par les autorités compétentes équivalents aux diplômes exigés par les règlements pour l'inscription de stage en pharmacie et pour l'inscription dans un établissement d'enseignement supérieur pharmaceutique. »

« Art. 5. — Tout pharmacien, avant de prendre possession d'une officine déjà établie ou d'en établir une nouvelle, devra en faire la déclaration et produire son diplôme au préfet du département ou au sous-préfet de l'arrondissement. ».

« Art 6. — Les internes en pharmacie des hôpitaux et hospices français, nommés au concours, et

---

(1) Cette commission vient d'être nommée, elle comprend : MM. Demôle, Poirrier, Madignier, Benoist, Camescasse, Lourties, Cornil, Develle et Frézoul.

les étudiants en pharmacie, dont la scolarité est terminé peuvent être autorisés à exercer la pharmacie, sans avoir subi tous les examens, pendant une épidémie ou à titre de remplaçant d'un pharmacien.

« Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois. Elle est renouvelable. »

« Art. 7. — Aucun pharmacien ne peut tenir plus d'une officine ; il ne peut faire dans son officine aucun autre commerce que celui des drogues et des médicaments, et en général de tous objets se rattachant à l'art de guérir. Il doit avoir son nom inscrit sur ses étiquettes et sur ses factures.

« Il doit en outre indiquer, par une étiquette spéciale, les médicaments destinés à l'usage externe.

« Le pharmacien est tenu d'avoir sa résidence habituelle dans la localité où il exerce sa profession. »

« Art. 8. — Aucune officine ne peut être exploitée en association que sous la forme de société en nom collectif entre pharmaciens diplômés. L'officine doit toujours être tenue personnellement par l'un des membres de l'association.

« Tout établissement exclusivement consacré à la fabrication et à la vente en gros des produits pharmaceutiques pourra être exploité, soit par une société en commandite simple ou par actions, dans laquelle le ou les gérants seront nécessairement pourvus du diplôme de pharmacien, soit par une société en nom collectif dans laquelle le ou les associés pharmaciens seront seuls chargés de surveiller la fabrication et responsables. »

« Art. 9. — Après le décès d'un pharmacien, sa veuve ou ses héritiers peuvent, pendant un temps qui ne doit pas excéder une année à partir du jour du décès, maintenir son officine ouverte en la faisant gérer soit par un pharmacien, soit par un élève agréé par la Faculté ou l'école siégeant dans le ressort de l'académie où se trouve la pharmacie. »

« Art. 10. — Toute entente entre un pharmacien et un médecin, dans le but d'exploiter une officine ou de vendre un médicament quelconque, est formellement prohibée ; toute convention par laquelle un médecin retirerait quelque gain ou un profit sur la vente des médicaments effectuée par le pharmacien est nulle. »

« Art. 11. — Les médecins établis dans les communes où il n'y a pas de pharmacien peuvent fournir sur place des médicaments aux malades près desquels ils sont appelés et dont le chef-lieu de la commune est éloigné de 4 kilomètres de toute pharmacie, mais sans avoir d'officine ouverte. Dans ce cas, il sont soumis à toutes les obligations résultant pour les pharmaciens des lois et règlements en vigueur, à l'exception de la patente.

« Pour satisfaire aux cas d'urgence, les médecins, même alors qu'une ou plusieurs pharmacies existent dans la localité qu'ils habitent, sont autorisés à avoir chez eux certains remèdes, dont la liste sera dressée par un règlement d'administration publique, qu'ils pourront distribuer à leurs malades dans les circonstances prévues par le même règlement.

« Les vétérinaires diplômés ne peuvent tenir officine ouverte ; ils sont autorisés seulement à préparer et délivrer les médicaments destinés aux animaux confiés à leurs soins, tout en se conformant aux lois et règlements relatifs aux substances toxiques. » —

« Art. 12. — Toute substance constituant un médicament simple ou composé, sous quelque forme que ce soit, peut, sauf l'exception prévue par l'article suivant, être librement délivrée par le pharmacien avec son étiquette et sur la demande expresse de l'acheteur, et ce, sans qu'il puisse être dérogé aux lois sur l'exercice illégal de la médecine.

« Le médicament ainsi vendu devra porter sur l'étiquette le nom de la substance ou des substances actives qui en forment la base.

« L'obligation relative à cette indication ne s'applique pas aux médicaments préparés pour un cas particulier sur la prescription d'un médecin, rédigée de manière à pouvoir être exécutée dans toute les pharmacies.

« Elle ne s'applique pas non plus à ceux qui sont inscrits dans le *Codex*, à la condition qu'ils soient vendus sous la même dénomination que celle du *Codex*.

« Aucun médicament simple ou composé de fabrication française ou étrangère ne pourra être livré au public sans que le nom ou la formule exacte et précise n'ait été déposée à l'Académie de médecine, si elle ne se trouve inscrite au *Codex*.

« Tout pharmacien français pourra en prendre connaissance et livrer la substance ou exécuter la formule, sauf à respecter la marque de fabrique adoptée par l'auteur de la formule. »

« Art. 13. — Sont exceptés des dispositions de l'article précédent les substances simples toxiques et les médicaments composés doués de propriétés vénéneuses qui sont nominativement désignés dans le décret du 8 juillet 1850 ou qui le seront, soit dans le règlement d'administration publique prévu à l'article 26 de la présente loi, soit dans les décrets ultérieurs.

« Ces substances ne pourront être délivrées par des pharmaciens que sur la prescription qui en sera faite par les médecins ou ceux qui ont le droit de signer une ordonnance.

« Si les pharmaciens conservent l'ordonnance médicale, ils devront en délivrer, s'il en sont requis, une copie certifiée conforme.

« Toute ordonnance médicale exécutée dans une pharmacie ne sera rendue qu'après l'apposition du timbre de la pharmacie.

« En outre, il sera dressé dans le *Codex* une liste de médicaments dont chaque délivrance ne pourra être faite que sur une ordonnance nouvelle. »

« Art. 14. — Nul autre que les pharmaciens ne peut tenir en dépôt, vendre ou distribuer au détail, pour l'usage de la médecine humaine ou vétérinaire, aucune substance simple ou préparation à laquelle sont attribuées des propriétés médicinales ou curatives, sauf les exceptions inscrites aux articles 11 et 15. »

« Art. 15. — Peuvent être librement vendus par des personnes non pourvues du diplôme de pharmacien certains médicaments simples, d'un usage courant, ainsi que les plantes médicinales fraîches ou sèches dont la liste sera insérée au *Codex*. »

« Art. 16. — Il est créé un corps d'inspecteurs de la pharmacie...

« Les inspecteurs seront nommés par le ministère compétent, sur la présentation du comité consultatif d'hygiène de France

« Ils seront choisis parmi les pharmaciens ayant exercé la pharmacie civile ou hospitalière.

« Il y aura au moins un inspecteur par département.

« Les inspecteurs seront assermentés et devront résider dans le département dont l'inspection leur sera confiée.

« Un règlement d'administration publique déterminera le mode et les conditions d'exercice de l'inspection.

« Art. 17. — Les associations commerciales et industrielles, les sociétés des secours mutuels, les communautés, les établissements de bienfaisance et ceux reconnus d'utilité publique possédant un personnel nombreux, peuvent avoir une pharmacie pour leur usage particulier seulement, et sous la condition expresse de la faire gérer par un pharmacien qui en aura la direction effective et exclusive.

« Ne peuvent, les dits établissements, associations et communautés, vendre, ni même distribuer gratuitement, en dehors de leur personnel, les médicaments autres que ceux dont la vente est libre en vertu de l'article 15. »

« Les pharmacies des hôpitaux et hospices qui

vendent des médicaments doivent être pourvues d'un pharmacien régulièrement diplômé et nommé par la commission administrative.

« Il n'est rien innové en ce qui touche le droit pour ces pharmacies de vendre des médicaments à l'extérieur. »

« Les médicaments préparés par les pharmacies des hôpitaux ou hospices pourront être distribués gratuitement dans les bureaux de bienfaisance dispensaires et maisons de secours, aux malades, indigents, sous la surveillance et la responsabilité de ces pharmaciens.

« La nomination des personnes chargées de ces distributions aura lieu par les préfets sur la présentation des pharmaciens dans les conditions de l'article 6 de la présente loi, sauf le renouvellement de la nomination dans le délai de trois mois. »

« Tout pharmacien sera tenu de fournir pour le compte de l'Assistance publique, hospices, bureaux de bienfaisance, communes ou départements, les médicaments destinés aux indigents.

« Les conditions et les prix de ces fournitures seront arrêtés pour chaque département par un règlement d'administration publique. »

« Art. 18. — Il est publié, tous les dix ans au moins, une édition de la *Pharmacopée légale* ou *Codex*.

« Le *Codex* est rédigé en langue française.

« Il renferme :

« 1° Pour les médicaments usuels, les formules et les modes de préparation qui doivent être rigoureusement suivis par les pharmaciens, afin d'assurer l'uniformité des produits dans toutes les officines ;

« 2° La liste des substances toxiques mentionnées à l'article 13 et la nomenclature de celles dont la délivrance ne pourra être répétée que sur une ordonnance nouvelle ;

« 3° La liste des plantes, drogues simples et préparations désignées à l'article 13 et dont la vente est entièrement libre.

« Une commission permanente, instituée près les ministres compétents, est chargée de la rédaction du *Codex* et, lorsqu'il y a lieu, de la publication des fascicules complémentaires.

« Cette commission sera composée en nombre égal de professeurs de facultés de médecine, de professeurs des écoles supérieures de pharmacie et de pharmaciens tenant une officine. Deux vétérinaires en feront partie.

« Tout pharmacien doit être pourvu de la plus récente édition du *Codex* et de ses compléments.

« Jusqu'à ce qu'une nouvelle édition du Codex soit publiée conformément aux dispositions de la présente loi, les listes ci-dessus devront être annexées, à titre de supplément, à l'édition actuelle qui ne pourra être vendue sans être accompagnée de ce supplément. »

« Art. 19. — Quiconque, sans être pourvu d'un diplôme de pharmacien, délivré en France conformément à la loi, aura exercé la profession de pharmacien ou se sera immiscé par coopération, association ou tout autre accord dans l'exercice de cette profession, en dehors des cas prévus aux articles 6, 8, 9 et 11 ci-dessus, sera puni d'une amende de 500 à 3,000 fr. »

« Art. 20. — La peine de l'article précédent est applicable :

« 1° A la veuve et aux héritiers d'un pharmacien décédé qui auront contrevenu à l'article 9 ;

« 2° A l'élève, autorisé par les articles 6 et 9, qui aura exercé en dehors des conditions desdits articles ;

« 3° Aux directeurs, chefs ou administrateurs des établissements autorisés à la gestion d'une officine intérieure qui auront contrevenu aux conditions de cette autorisation ;

« 4° Aux fabricants ou commerçants en gros qui auront, contrairement à l'article 11, débité ou livré directement aux consommateurs des drogues ou préparations pharmaceutiques autres que celles dont la vente est libre aux termes de l'article 15. »

« Art. 21. — Tout pharmacien qui se sera associé soit avec un médecin, soit avec toute autre personne, en contravention avec les dispositions de la présente loi, pour l'exploitation soit d'une officine, soit d'un remède isolé, sera puni de la même peine que le contrevenant. »

« Art. 22. — Sera puni d'une amende de 500 fr. à 2,000 fr. tout pharmacien qui aura sciemment délivré des médicaments ou des substances médicamenteuses reconnues détériorées ou falsifiées.

« Ces produits seront confisqués et détruits aux frais du contrevenant. »

« Art. 23. — Toute infraction aux dispositions de la présente loi sera punie d'une amende de 16 à 1,000 fr., et ce, sans préjudice des pénalités de droit commun en cas de crime ou délit. »

« Art. 24. — L'article 463 du code pénal est applicable à toutes les condamnations prononcées en vertu de la présente loi. »

« Art. 25. — Dans l'année qui suivra la promulgation de la présente loi, il sera rendu un règlement d'administration publique portant revision de l'ordonnance du 29 octobre 1846 et du décret du 8 juillet 1850. »

« Art 26. — La présente loi est applicable à l'Algérie et aux colonies. »

« Art. 27. — Sont et demeurent abrogés :

« 1° L'arrêt du Parlement de Paris du 23 juillet 1748 et tous les arrêts, édits, déclarations et règlements qui y sont rappelés ;

« 2° La déclaration du roi du 25 avril 1777 ;

« 3° La loi du 14 avril 1791 ;

« 4° Le titre IV (art. 21 à 38) de la loi du 21 germinal an XI ;

« 5° Les articles 41 à 46 de l'arrêté du 25 thermidor an XI ;

« 6° La loi du 29 pluviôse an XIII ;

« 7° Le décret du 25 prairial an XIII ;

« 8° Le décret du 18 août 1810 ;

« 9° L'ordonnance du 8 août 1816 ;

« 10° Le décret du 23 mars 1859 ;

« 11° Généralement, les dispositions des lois, ordonnances et décrets antérieurs qui seraient contraires à la présente loi. »

Dispositions transitoires

« Le diplôme de pharmacien de 2e classe, supprimé par la présente loi, sera néanmoins encore délivré aux élèves qui auront pris une ou plusieurs inscriptions de stage ou de scolarité avant la promulgation de la présente loi, mais dans un délai qui ne pourra dépasser huit années à partir de cette promulgation.

» Les pharmaciens pourvus du diplôme de 2e classe pourront exercer sur tout le territoire de la République. »

BULLETIN DES SYNDICATS

Union des Syndicats

Service militaire des Étudiants en Médecine.

Nous apprenons que la proposition déposée au Sénat par M. le Pr Cornil, tendant à modifier la loi au point de vue du service militaire des Étudiants en Médecine et en Pharmacie, vient d'être ajournée indéfiniment par la Commission de l'Armée au Sénat. On se rappelle que cette proposition était accompagnée de deux vœux motivés, l'un émanant du Syndicat de la Presse médicale, l'autre du Bureau de l'Union des Syndicats médicaux.

Cette nouvelle nous cause une surprise et des regrets d'autant plus grands que l'échec que vient ainsi de subir le corps médical, est dû surtout à l'intervention de M. le sénateur Ber-

thelot, ancien ministre, qui moins que personne, ne pouvait ignorer les graves inconvénients de la situation faite à nos étudiants, par la loi militaire. Il aurait dû, par conséquent, être le premier à se rendre compte des avantages qui seraient résultés pour eux, comme pour l'armée, des modifications réclamées par les médecins. Malheureusement, il ne l'a pas voulu.

Nous reviendrons plus tard sur cette question ; pour le moment nous nous bornons à assurer nos confrères que nous ne nous considérons pas comme battus.

Les Syndicats médicaux continueront à faire bonne garde autour des intérêts qui leur sont confiés. Ils ont, du reste, pour eux le temps ; ils auront, en outre, la patience et la ténacité nécessaires à faire triompher les idées justes qu'ils défendent.

La loi sur l'exercice de la pharmacie.

La proposition de loi sur l'exercice de la pharmacie, soumise à la Chambre des députés, vient d'être votée par elle, en deuxième lecture, avec de nouvelles modifications en ce qui concerne particulièrement l'art. 11. Cette proposition a été transmise au Sénat, le 7 juillet, et la Commission chargée de l'étudier a été nommée le 10. Nous avons la satisfaction de voir figurer parmi les membres de cette commission un nom qui nous est cher, celui de M. le Pr Cornil.

C'est dire que nos intérêts seront chaudement défendus. Il est vrai que cette fois encore, nous en avons grandement besoin, car la loi en question est loin de nous satisfaire. Elle a besoin d'être modifiée sur plusieurs points pour devenir une loi bonne et durable.

Nous savons qu'elle sera discutée pour la forme seulement et pour ne pas la laisser tomber, avant la fin de la session actuelle, mais qu'elle ne sera examinée sérieusement par le Sénat que dans sa session de novembre.

Nous avons donc quelques mois devant nous pour présenter nos observations.

Le Bureau de l'Union se réunira dans le courant d'août pour étudier cette question, en même temps que celle des rapports des médecins avec les Sociétés de secours mutuels. Il enverra prochainement une circulaire aux Présidents des Syndicats pour les inviter à lui adresser les observations qu'ils jugeraient à propos de présenter, au sujet de la loi sur l'exercice de la Pharmacie. L. P.

L'exercice de la médecine sur les Frontières

Le Président de l'Union a adressé la lettre suivante à Monsieur le Directeur des Consulats aux Ministères des affaires étrangères :

Monsieur le Directeur,

Le Bureau de l'Union des Syndicats médicaux ayant eu à s'occuper à plusieurs reprises, des conditions de l'exercice de la médecine sur la frontière, à la suite de plaintes qui lui ont été adressées par un certain nombre de médecins, dont les intérêts sont gravement lésés par la situation que leur crée la convention du 28 janvier 1881, a chargé un de ses secrétaires-adjoints, M. le docteur Lécuyer de lui présenter un rapport sur cette question.

Les membres du bureau, après avoir entendu la lecture de ce rapport, en ont adopté les conclusions et m'ont chargé de vous le transmettre, en vous priant de vouloir bien prendre en considération la situation si digne d'intérêt de nos confrères de l'Est et de susciter de la part du Gouvernement de la République les mesures propres à modifier ce fâcheux état de choses.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de mes sentiments très respectueux.

Le Président de l'Union des Syndicats médicaux de France,

Docteur Porson.

Rapport de M. le Docteur Lécuyer, Secrétaire-adjoint de l'Union sur les conditions de l'exercice de la médecine dans les communes frontières.

Mes chers confrères,

A la dernière réunion générale de l'Union des Syndicats, le 27 novembre dernier, le Docteur Carion, de Charleville, nous signalait des faits regrettables de l'exercice de la médecine et de la pharmacie sur la frontière Franco-Belge de la part de médecins étrangers, qui témoignent du fâcheux état de choses créé par la convention du 12 juillet 1881.

En présence de cette situation qui va toujours s'aggravant, vous m'avez chargé, le 15 janvier dernier, de procéder à une enquête et de vous présenter un rapport sur cette question.

Cette situation n'est pas nouvelle.

A la séance du 25 avril 1881 de l'Association générale, Messieurs Coliez et Lallement, délégués de Meurthe-et-Moselle, demandaient déjà à l'Assemblée d'émettre le vœu, que la convention du 12 janvier de la même année, conclue entre la France et la Belgique, fût dénoncée.

Ce vœu appuyé par M. Toussaint, des Ardennes, fut adopté et renvoyé au Conseil général de l'Association.

Nos confrères lésés adressèrent alors, sans perdre de temps, à la commission administrative de la Société locale de Meurthe-et-Moselle un rapport très important, dont il est nécessaire de vous donner l'analyse.

Le 21 janvier 1880, disaient nos confrères de Meurthe-et-Moselle, une convention était conclue avec le Luxembourg autorisant les médecins des deux pays à exercer *dans les communes limitrophes désignées*.

Une liste *nominative* des praticiens voisins de la frontière, désirant profiter de cette convention, devait être dressée *chaque année* et remise au Gouvernement de l'autre Etat.

Un an après, le 12 janvier 1881, une semblable convention était conclue entre la France et la Belgique ; malheureusement dans cette nouvelle convention les communes limitrophes ne sont pas désignées nominativement, et la vente des médicaments n'est pas interdite.

Nos confrères constataient que ces conventions n'étaient pas d'accord avec la législation en vigueur sur l'exercice de la médecine.

L'article 4 de la loi de Ventôse an XI disposait en effet :

« Le Gouvernement pourra, s'il le juge convena-
« ble, accorder à *un* médecin ou à *un* chirurgien
« étranger et gradué dans les universités étrangè-
« res, le droit d'exercer la médecine ou la chirurgie
« sur le territoire de la République. »

La loi, ajoutaient-ils, était donc formelle et les conventions dont il s'agit, ne pouvaient abroger cette loi, et remplacer par un droit *permanent* pour toute une catégorie de médecins étrangers, les permissions *individuelles* tolérées par la dite loi.

Ils démontraient que ces conventions étaient tout à l'avantage des médecins étrangers ; en examinant une carte de la frontière, ainsi que la demeure des médecins Belges et Luxembourgeois, on pouvait constater qu'ils étaient établis suivant deux lignes bien distinctes ; une première longeant le plus possible la frontière comprend des médecins qui, ne recherchant pas des centres populeux, habitent, au contraire, un village quelconque à proximité des usines de notre pays, de manière à exercer uniquement en France. Une seconde ligne qui se trouve en général à plus de quatre kilomètres de la frontière comprend des médecins exerçant à peu près exclusivement dans leur pays. Le rapport en question signale en particulier ce fait que sur une frontière de 27 kilomètres, on trouve 8 médecins sur la première ligne et 6 seulement sur la seconde.

De plus, ces médecins, au mépris des conventions douanières, envoient chercher des médicaments chez eux, quand ils ne les apportent pas eux-mêmes en France. Il n'y a pas là, ajoutaient avec raison nos confrères, de question d'humanité, car chez vous les moyens de communication sont nombreux et permettent facilement de porter secours aux malades.

Ils faisaient remarquer encore que ces conventions *n'avaient jamais été réclamées par les médecins français* ; la meilleure preuve en était qu'en vertu de l'art. 4 de la convention Franco-Luxembourgeoise, l'autorité administrative ayant demandé à chaque praticien français s'il entendait bénéficier de la convention, *pas un* ne s'était fait inscrire.

Telles sont les parties les plus importantes de ce rapport qui fut transmis par la société locale de Meurthe-et-Moselle au Conseil général de l'Association.

L'année suivante, à la séance du 27 avril 1882, M. Vannesson lisait à son tour, un mémoire par lequel il engageait tous les intéressés à adresser au gouvernement une pétition collective, appuyée au préalable par les Députés et les Sénateurs de leurs départements. Le Conseil général devait ensuite faire les démarches nécessaires pour arriver à la dénonciation des conventions.

Les choses en sont restées là depuis douze années et aucune suite n'a été donnée à la protestation de nos confrères de l'Est ; la situation a même toujours continué à s'aggraver, comme on peut en juger par les faits suivants : En 1890, les médecins du Doubs élèvent à leur tour des plaintes contre la convention passée avec la Suisse et l'Alsace-Lorraine ; nos confrères étrangers contractent des abonnements à prix réduits avec les collectivités de toute sorte (municipalités, sociétés de secours mutuels, administrations, usines) et rendent dans certains endroits, par une concurrence déloyale, l'existence des médecins français tout à fait précaire. Certaine municipalité va même jusqu'à éliminer un confrère français d'un bureau de bienfaisance pour le remplacer par un étranger.

Emus d'une telle situation, le Syndicat des médecins de la Vallée de la Meuse, a émis un vœu tendant à la révision de la convention Franco-Belge et a demandé notamment l'adoption des dispositions suivantes :

« Les médecins étrangers pourront, comme par « le passé, répondre à l'appel des malades, mais il « leur sera interdit :

« 1° de contracter des engagements avec les col« lectivités telles que municipalités, bureaux de « bienfaisance, sociétés de secours mutuels, indus« triels, compagnies d'assurances, et de faire des « abonnements avec les particuliers ;

« 2° de délivrer des certificats valables devant « une juridiction française ;

« 3° de se rendre à jour fixe ou plusieurs fois par « semaine dans un local déterminé. »

C'est sur ces conclusions, que notre ancien Président le Dr de Fourmestreaux avait commencé, l'année dernière, des démarches auprès du Directeur des Consulats au Ministère des affaires étrangères.

Une loi nouvelle sur l'exercice de la médecine a été votée à la fin de l'année dernière et aura son plein effet à partir du 1er décembre prochain. Dans son article 5, elle spécifie d'une façon précise l'exercice de la médecine en France par les médecins étrangers. Cet article porte en effet « que *les médecins étrangers diplômés à l'étran-* « *ger ne peuvent exercer en France que s'ils ont* « *obtenu le diplôme de Docteur en médecine fran-* « *çais.* »

Les conventions passées avec les puissances étrangères se trouvent donc en contradiction formelle avec la nouvelle loi et nous devons demander au Gouvernement de dénoncer ces conventions, en s'en référant purement et simplement à l'article 5 de cette loi et en exigeant le diplôme de docteur français de tout médecin étranger venant exercer dans notre pays.

L'article 28 dans les dispositions transitoires dit bien que les médecins *venus de l'Etranger* et autorisés à exercer leur profession avant l'application de cette loi pourront continuer à jouir de cette autorisation dans les conditions où elle leur a été donnée, mais il est clair que cet article est fait pour les médecins exerçant exclusivement dans notre pays avec une autorisation *nominale* qui peut toujours leur être retirée et qu'elle ne saurait s'appliquer à toute une catégorie de médecins étrangers.

Après l'exposé que je viens de vous faire, il m'a semblé que le rôle du Bureau de l'Union des syndicats se trouve tracé d'avance et que nous devons demander aux pouvoirs publics la dénonciation des conventions conclues avec les Etats voisins et le retour du droit commun par l'exécution simple des dispositions de l'article 5 de la loi du 1er décembre dernier sur l'exercice de la médecine et qui va être appliquée à partir du 1er décembre prochain.

REPORTAGE MÉDICAL

La loi sur l'*Assistance médicale gratuite* vient d'être votée, en 2e lecture, au Sénat. Pour qu'elle soit définitive, il faut que la Chambre la vote avant sa séparation, pour consacrer les rares modifications apportées par le Sénat au texte de la Chambre des députés.

— Les troubles de Paris paraissent finis ; la manifestation sans grande portée, que les étudiants ont faite au début, contre M. Bérenger, a dégénéré en stupides dégradations, dont il faudra payer

l'addition. Il y a eu des morts, violation de l'asile sacré des hôpitaux et excès de la part de ceux qui ont troublé la paix publique, aussi bien que de la part de ceux qui en ont la garde. Nous espérons bien que, de ce dernier côté, le gouvernement fera disparaître un abus odieux et que, désormais, dès qu'un perturbateur sera aux mains de la police, dans un corps de garde, ou dans la préfecture, sa personne sera sacrée et qu'il ne sera exposé, avant son jugement à aucune injure, à aucune violence.

Le *passage à tabac* est un déshonneur pour la préfecture. On aura payé cher sa disparition ; ce sera l'unique profit des scènes déplorables des derniers événements.

— On lit dans l'*Actualité médicale* :

Que pense l'Union des Syndicats de cette annonce cueillie dans un journal du département de la Loire ?

AVIS

aux abonnés indisposés, souffrants ou malades.

Désireux de rendre à nos abonnés tous les services possibles et de combler une lacune qui de jour en jour devenait plus importante, nous donnons présentement avis que, sur notre prière, un excellent médecin et praticien de mérite que nous comptions depuis longtemps parmi nos abonnés, a bien voulu accepter de donner des consultations écrites en faveur de nos lecteurs exclusivement, et cela à un prix tout spécialement réduit et avantageux (2 fr. 50).

En conséquence, tous ceux de nos lecteurs qui désireront recevoir une consultation médicale n'auront qu'à nous adresser la description de leur affection en y joignant 2 fr. 50 en timbres-poste.

Pour ne pas priver de cet avantage nos lecteurs de l'étranger, nous les avisons que les timbres-poste étrangers seront acceptés en payement.

Réponse : nous signalons cette annonce au président de l'*Union des Syndicats*. Nous ne connaissons pas de Syndicat dans la Loire.

Le médecin qui a assumé la tâche, peu médicale, de donner des conseils par correspondance, ne doit pas, probablement, faire partie du Syndicat. La désignation du journal aurait facilité la recherche.

— *Les feuilles d'arbres employées comme fourrage.* — La disette des plantes fourragères qui, cette année, a désolé les campagnes, donne un intérêt d'actualité à la communication faite à l'Académie des Sciences par M. A. Ch. Girard. D'après cet auteur, les feuilles de certains arbres ont des propriétés nutritives comparables à celles des fourrages et pourraient être employées pour la nourriture des bestiaux dans les années de disette. Voici un certain nombre d'arbres, classés d'après la teneur en azote de leurs feuilles :

Saule et Aune (plus de 8 0/0) ; mûrier, rob, faux acacia, orme, peuplier et tilleul (6 à 7 0/0) ; noisetier, chêne, micocoulier, érable et frêne (5 à 6 0/0) ; marronnier, charme et vigne (4 à 5 %) ; platane, bouleau, aiguilles de pin (3 à 4 0/0).

Les essais faits sur les animaux sont encourageants.

— *La rage à Madère.* — La rage, jusqu'ici inconnue à Madère et aux Açores, vient de faire son apparition. Après avoir eu la pensée d'élever un Institut antirabique, on a réfléchi qu'il serait plus économique d'empêcher les cas de rage de se produire en surveillant les chiens. On ne dit pas si le Lozé du pays a été raillé par les journaux de Madère, comme l'a été à Paris le préfet de police, quand il a décrété les muselières obligatoires !

— *Election.* — M. le Dr *Hallopeau* vient d'être nommé membre de l'Académie, dans la section de thérapeutique.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3810. — M. le Dr Cordonnier, Aire-sur-la-Lys (Pas-de-Calais), membre de la Société médico-scientifique du Pas-de-Calais et du Nord.

N° 3811. — M. le Dr Moret, à Courlon (Yonne), membre de l'Association des médecins de l'Yonne.

Revue bibliographique

Vient de paraître :

Guide de diagnostic gynécologique à l'usage des praticiens, par le Docteur Berlin (de Nice), avec une préface par le Dr Auvard, accoucheur des hôpitaux de Paris. Un volume in-8° carré de 224 pages, avec 69 figures, dont une hors texte. Prix **6** fr. Envoi franco contre un mandat adressé à M. Directeur de la Société d'Éditions Scientifiques.

L'auteur a entrepris de présenter aux praticiens la *Gynécologie moderne* sous une forme très différente de l'ordre suivi dans les Traités classiques.

Au lieu de décrire, organe par organe, les maladies de l'appareil génital féminin, il s'est placé au point de vue purement clinique. Il a supposé le médecin mis en présence d'une malade qui vient le consulter pour des accidents génitaux ou présumés tels. Il s'agit d'établir le diagnostic de ces accidents avec toute la précision que comportent les données actuelles de l'anatomie pathologique.

Le praticien se trouve guidé, suivant une méthode rigoureuse, vers la solution de ce problème.

Le diagnostic est établi de proche en proche, des cas simples aux cas complexes, dans les trois parties qui composent ce livre et qui représentent les trois étapes successives de l'examen gynécologique : — interrogatoire de la malade ; — exploration directe des organes génitaux ; — étude des troubles extra-génitaux, de l'état général, des diathèses.

Par cette méthode, le lecteur est amené à passer en revue toutes les affections importantes qui se rencontrent dans la pratique ; au cours de ces descriptions diverses, il est initié aux détails les plus minutieux des procédés d'exploration ; il se familiarise en même temps avec les notions modernes qui ont modifié bien des points de la gynécologie et qui se traduisent en pratique par l'orientation de la thérapeutique dans une voie nouvelle et féconde.

Franco **4 fr. 80** pour MM. les membres du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année N° 29 22 Juillet 1893

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Les Médecins et la Ligue nationale de la Mutualité

Nous avons établi, dans un précédent article, que les sociétés de secours mutuels ont pour facteur essentiel de leur développement, les *bienfaits des médecins* et qu'à l'heure actuelle, elles prétendent ne compter que sur elles-mêmes, faire de l'*assurance* contre la maladie d'abord et ensuite contre le décès prématuré et la vieillesse.

Elles offrent à leurs adhérents lorsqu'ils sont malades : 1° les soins du médecin, 2° les remèdes, 3° une indemnité de chômage.

Les soins du médecin.

La part de la fraternité consiste dans l'intervention de la société qui, par l'intermédiaire de ses *visiteurs*, apporte des consolations, inspire le sentiment réparateur d'une sollicitude toujours en éveil, tout en constatant la réalité et la durée de la maladie, jusqu'au rétablissement impatiemment attendu par la famille et par le trésorier.

Nous supposons que, par surcroît, le Bureau a le souci de rendre au sociétaire son travail interrompu et de faire, dans ce but, des démarches auprès de ceux dont le travailleur dépend.

La tâche du Bureau ne se borne pas à obtenir, des médecins de la Société, la constatation de la maladie, les soins, les médicaments, les appareils. Elle s'étend plus loin encore. La Société de secours ne veut soulager que qui mérite de l'être et à ce sujet s'élève, de suite, entre elle et le médecin, une difficulté assez grave.

Imbue de préjugés d'un autre âge, elle considère comme rendant indigne de sa sollicitude les maladies qu'on a qualifiées de *honteuses*, et elle étend cette qualification aux tares de l'alcoolisme. De telle sorte, par exemple, qu'une femme qui cotise, si elle était infectée par son mari, ne devrait pas être admise aux soins du médecin ! !

Et c'est à ce sujet que les Bureaux élèvent la prétention de connaître la *nature des maladies* ; de la faire inscrire sur les certificats, qui ouvrent le droit.

Les médecins refuseront toujours de souscrire à cette réglementation et nous sommes étonnés qu'il ne se soit pas encore rencontré des mutualistes venant dire à leurs sociétés : « J'ai versé régulièrement mes cotisations ; je suis malade ; le médecin le constate ; je lui défends de vous dire de quelle maladie je suis atteint et je vous somme, en justice, de tenir vos engagements envers moi. » Sûrement, le droit se trouverait de leur côté et s'ils avaient gain de cause, ils l'auraient encore plus sûrement, dans le cas d'une *maladie de foie*, par exemple, résultat d'habitudes d'intempérance souvent relative, et excusable par la nature du milieu et des occupations.

La *ligue de la mutualité* aura en conséquence à peser le pour et le contre et à décider si elle doit conseiller de maintenir un article draconien. Nous espérons qu'elle arrivera à partager les sentiments du médecin qui ne veut et ne peut être délateur et pour qui toutes les misères de l'humanité ne sont que la conséquence de ses passions et des milieux dans lesquels elle évolue.

Elle supprimera cette odieuse proscription dictée d'abord par un préjugé et ensuite par un sentiment d'économie déplacé.

Nous ne quitterons pas le chapitre des soins médicaux sans faire ressortir la nécessité de donner au rôle du médecin la dignité dont découlera l'autorité qui lui est indispensable pour devenir le facteur des économies bien entendues, résultant de la signature du certificat

de rétablissement. Inutile d'insister ; si le mutualiste continue à croire que *le médecin est payé et qu'il faut qu'il marche*, comment ne serait-il pas disposé à supposer qu'il le licencie lorsqu'il est malade, pour s'éviter de lui faire des visites.

Les remèdes.

En vertu, encore, de ses préjugés enracinés, le meilleur médecin sera, pour le mutualiste, celui qui lui donnera le plus de remèdes. Pour longtemps, chez lui, comme chez la plupart de nos malades, le conseil médical ne peut se passer de la prescription. Et ici interviendra le sentiment erroné que, puisque les *médicaments sont gratuits*, on lui nuit, si on ne les lui donne pas en ouvrant largement la main.

Et c'est alors que, si le médecin n'a pas les qualités requises, s'il ne traite pas d'égal à égal avec les Sociétés, s'il n'a pas tout le sentiment de la dignité dont il doit être revêtu, les finances de la Société de secours courront au déficit. Ce point est l'éternel sujet des doléances des congrès de la mutualité : au lieu de se tourner vers leurs sociétaires, leurs égaux, qu'il faut ménager pour bien des motifs, c'est au médecin qu'ils s'adressent et c'est à lui qu'impérieusement ils prétendent interdire tel ou tel agent, plus ou moins coûteux.

Et ces médecins, ils ne les trouvent plus, à ce moment, puisqu'au lieu de s'adresser aux plus dignes, ils ont été neuf fois sur dix tentés de recourir aux plus besoigneux et de les nommer médecins de la Société par un indigne marchandage.

Ah ! s'il s'était agi de l'outil essentiel de leur profession, ils auraient bien su que l'outil le plus cher est celui qui est le meilleur marché ! Ils oublient que l'instrument des Sociétés, c'est le médecin ; ils le paient peu et souvent ils le font élire par les sociétaires. Le sociétaire élit celui qui fait le plus de visites, qui est le plus indulgent pour le chômage, qui donne le plus de remèdes.

Les voilà révélées les plaies dont souffre la mutualité ; les membres de la *ligue* ne peuvent les ignorer et ils rendront à toutes les mutuelles le plus signalé service, le jour où ils leur auront prouvé que tant vaut le médecin, tant vaudra leur Société ; que c'est l'homme qu'il faut choisir avec un soin scrupuleux, auquel il faut faire une situation morale incontestée et une situation matérielle passable, nous ne disons pas bonne, les Sociétés étant parfaitement pauvres, vu leur cotisation minime, destinée à remplir tant de buts !

L'indemnité de chômage.

Ici nous serons bref, car si elle dépend de nous, comme durée, elle ne nous concerne pas comme quotité.

Nous ne pouvons, à ce sujet, rappeler à la ligue qu'une chose, qu'elle sait bien d'ailleurs : c'est que certains mutualistes, affiliés à plusieurs Sociétés, trouvent, dans la multiplicité des indemnités, un salaire presque équivalent à celui de leur travail normal et qu'en conséquence, ici encore, le médecin est leur seul protecteur contre les abus.

Voilà les trois objets essentiels de la mutualité ; le *médecin*, les *remèdes*, l'*indemnité de maladie*, examinés dans leurs rapports étroits avec le rôle que nous y jouons.

Le médecin *n'est rien dans les Sociétés de secours mutuels*, puisque bien des mutualistes ont encore un aphorisme courant. « Les médecins ! puisque nous les payons, c'est à nous à leur imposer nos conditions et non à nous à subir les leurs. »

Nous pourrions dire qu'il *doit y être*, sinon tout, du moins *beaucoup*.

Les mutualistes, souvent guidés par leurs fondateurs, se sont imaginé de mettre au rabais les fonctions de médecin de leurs Sociétés. Cette manœuvre a été couronnée de succès, lorsque les chefs n'y voyaient que l'économie actuelle, qu'ils n'envisageaient pas les funestes conséquences de l'économie faite sur la cheville ouvrière de la mutualité. Or, au médecin choisi de cette manière, correspondent les maladies nombreuses, les remèdes prescrits sans discrétion, les chômages interminables.

La ligue doit arriver à se faire une opinion, et si elle partage la nôtre, elle rendra à la mutualité l'inestimable service de lui donner le véritable ministre de toutes les économies honnêtes, le facteur de leur prospérité ; *un médecin honorable et honoré*.

Et alors, parlant au nom des milliers de médecins, membres du *Concours médical* ; au nom des milliers de médecins syndiqués par toute la France, nous pourrons promettre la continuation de notre intervention dans le fonctionnement des Sociétés et la continuation des sacrifices que nous faisons tous sur le prix de nos honoraires.

Il faudra que la *Ligue nationale de la mutualité* fasse, d'une façon scientifique, le calcul des honoraires normaux ; par conséquent, qu'elle établisse celui des sacrifices consentis annuellement par le corps médical, afin que toutes les Sociétés connaissent le caractère bienfaisant de notre service et nous en fassent honneur.

Ce sera au profit de la mutualité, puisque nous avons démontré que seul le médecin honoré peut acquérir ainsi l'*autorité*, qui est l'unique sauvegarde des Sociétés de secours mutuels.

Elles languissent ; elles veulent réclamer à l'Etat, aux contribuables, un impôt spécial en leur faveur ! Qu'elles connaissent d'abord celui qu'elles prélèvent sur la profession médicale.

Nous aurons à examiner à quoi doit encore servir outre la part du droit : le médecin, les remèdes, l'indemnité, cette cotisation de 12 à 18 fr. par an, à laquelle les mutualistes veulent faire produire encore, l'*assurance* contre le *décès prématuré* ; l'assurance contre la *vieillesse* ; puis les *secours*. Ce sont là bien des moutures, d'un bien petit sac !

A. Cézilly.

M. Berthelot et le Service militaire des Etudiants en médecine.

Nous avons tenu nos confrères au courant des démarches qui ont été entreprises par l'Association de la Presse médicale, dans le but d'obtenir certaines modifications urgentes à la loi qui régit actuellement le service militaire des étudiants en médecine.

Le ministre de la guerre et le Directeur du

Service de santé, s'étaient tout d'abord montrés favorables aux réformes sollicitées, et M. le sénateur Cornil, avec l'inaltérable dévouement, dont il a déjà donné tant de preuves, s'était chargé de la mission ingrate de rédiger et de présenter au Sénat un projet de loi. Tout semblait marcher à souhait. Une commission avait été nommée, en majorité favorable au projet, et grâce aux démarches réitérées de M. Cornil, on était sur le point d'aboutir, lorsqu'une opposition inattendue est venue remettre tout en suspens. M. Berthelot, vice-président de cette commission, a fait une critique très vive du projet, déclarant que si on l'adoptait, ce serait la porte ouverte à tous les abus, que tous les fils de bourgeois trouveraient des prétextes pour éluder la loi, qu'en un mot, il n'y aurait plus de loi militaire possible. Et il a conclu en déposant un amendement, qui n'est au fond que la consécration définitive, irrémédiable de la situation actuelle. Or, cet amendement a été adopté par la commission : M. Berthelot sera nommé rapporteur et combattra le nouveau projet. Tout le monde a été très surpris de l'attitude imprévue de M. Berthelot et dans la Presse médicale, M. Laborde s'est fait un des premiers l'écho de l'étonnement général.

Notre éminent confrère se demande quels sont les motifs qu'il a pu faire valoir et regrette qu'une semblable intervention vienne d'un homme d'une aussi haute compétence scientifique, si parfaitement au courant des exigences des études médicales et ajouterons-nous des intérêts véritables de l'armée, laquelle doit pouvoir compter au moment critique, sur un personnel de médecins suffisamment nombreux et suffisamment exercé pour remplir la mission qui lui incombe. Or, tout le monde sait que si l'organisation du service de santé existe sur le papier, les éléments divers qui le composent n'ont jamais été exercés, et que leur inexpérience se traduira inévitablement par le désordre et l'impuissance.

M. Berthelot sait tout cela, et s'il n'est pas convaincu, c'est qu'il ne veut pas l'être. Ses arguments, ne sont que des moyens de plaidoirie, dont on sent le manque de sincérité. Ils cachent une arrière-pensée politique. Sa nouvelle attitude est en désaccord avec les opinions qu'il soutenait à la tribune du Sénat le 18 mai 1888. Il y avait lieu de la signaler.

Dr Henry Marais.

La loi sur l'exercice de la pharmacie.

Le *Concours médical*, dans le dernier numéro, invitait les Syndicats médicaux à examiner immédiatement le projet de loi sur l'exercice de la pharmacie, voté en seconde lecture par la Chambre des Députés et renvoyé au Sénat. J'estime qu'il n'y a pas un moment à perdre si nous voulons faire accepter les amendements que nous jugeons indispensables.

Ce n'est pas quand la Commission aura discuté le projet et adopté une rédaction, qu'il conviendra d'intervenir, c'est immédiatement. Il faut que, sur chaque article, au moment où il sera discuté, nos amendements soient présentés ; il faut que les Commissaires avant d'avoir pu se faire une opinion sachent nos désiderata.

Je connais assez les idées de mes confrères sur la matière pour pouvoir rédiger dès maintenant quelques-uns de ces amendements qui s'imposent.

Voici l'article 11 du projet :

« Art. 11. — Les médecins, établis dans les communes où il n'y a pas de pharmacien, peuvent fournir, *sur place*, des médicaments aux malades près desquels ils sont appelés et dont le chef-lieu de la commune est éloigné de 4 kilomètres de toute pharmacie, mais sans avoir d'officine ouverte. Dans ce cas, ils sont soumis à toutes les obligations résultant pour les pharmaciens des lois et règlements en vigueur, à l'exception de la patente.

« Pour satisfaire aux cas d'urgence, les médecins, même alors qu'une ou plusieurs pharmacies existent dans la localité qu'ils habitent, sont autorisés à avoir chez eux certains remèdes, dont la liste sera dressée par un règlement d'administration publique, qu'ils pourront distribuer à leurs malades, dans les circonstances prévues par le même règlement.

« Les vétérinaires diplômés ne peuvent tenir officine ouverte ; ils sont autorisés seulement à préparer et délivrer les médicaments destinés aux animaux confiés à leurs soins, tout en se conformant aux lois et règlements relatifs aux substances toxiques. »

Cet article ainsi rédigé me paraît inacceptable.

Je ne vois pas l'utilité des mots : *sur place* qui figurent dans le premier paragraphe. Le médecin, s'il n'a pas d'officine dans sa commune, fournit les médicaments à ses malades sur place ou chez lui, il les donne de la main à la main, on les envoie par le boulanger, le boucher, le facteur, etc..... et tous ceux qui exercent à la campagne savent qu'il n'en peut être autrement. *Sur place* est donc une expression vide de sens ou un impédimentum qui ne peut être maintenu.

Je ne saurais admettre davantage la rédaction : *aux malades près desquels ils sont appelés*, le médecin donnant des remèdes aussi bien à ceux qui viennent le consulter chez lui qu'à ceux qu'il va visiter.

Enfin je repousse : *et dont le chef-lieu de la commune est éloigné*, d'abord parce que ce n'est pas français, ensuite parce qu'il est des communes tellement étendues que certains hameaux sont distants de 5 et 6 kilomètres du chef-lieu et par conséquent hors de portée absolument des pharmacies.

Le second paragraphe prévoit justement les cas d'urgence, mais il me paraît très mal rédigé. Que le médecin ait le droit, alors qu'une officine existe dans sa commune, de délivrer tel médicament à l'exclusion de tel autre —, très bien. Mais qu'un article de loi ou un règlement d'administration publique — c'est tout un — vienne dresser la liste des substances qu'il pourra avoir chez lui, c'est inadmissible.

Le médecin peut avoir chez lui tout ce qui lui plaît, et personne n'a rien à y voir. La loi n'a à s'inquiéter que de ce qu'il pourra délivrer, et c'est le cas de mettre ici le *délivrer sur place* dont je ne voulais pas au paragraphe précédent.

Je demande donc qu'à l'article 11, on substitue la rédaction suivante :

Art. 11. — Les médecins établis dans les communes où il n'y a pas de pharmacien *peuvent fournir des médicaments aux malades auxquels ils donnent leurs soins, et dont le domicile est éloigné* de 4 kilomètres de toute pharmacie, mais sans avoir d'officine ouverte. Dans ce cas, ils sont soumis à toutes

les obligations résultant pour les pharmaciens des lois et règlements en vigueur, à l'exception de la patente.

Pour satisfaire aux cas d'urgence, les médecins, même alors qu'une ou plusieurs pharmacies existent dans la localité qu'ils habitent, sont autorisés *à délivrer sur place certains remèdes* dont la liste sera dressée par un règlement d'administration publique *et dans les circonstances* prévues par le même règlement.

....

Il faudrait en outre qu'une disposition additionnelle et transitoire autorisât la délivrance des médicaments, comme par le passé, par tous les médecins auxquels la loi de Germinal donnait cette faculté.

Il y a bien des localités où la distance exigible de 4 kilomètres équivaudrait pour le médecin à l'impossibilité de rester dans le pays, et on ne peut condamner à un déplacement indispensable des médecins qui se sont installés sous la foi de la législation en vigueur. Je demande donc l'addition d'un paragraphe ainsi conçu :

La distance légale de 4 kilomètres d'une officine, n'est pas applicable aux médecins qui, au moment de la promulgation de la présente loi, seraient, en vertu de la loi du 21 Germinal an XI, autorisés à délivrer des médicaments à leurs malades. Ceux-ci continueront à délivrer ces médicaments dans les mêmes conditions que par le passé.

Passons à l'article 12.

Le *Concours médical* en a fait une juste critique la semaine dernière : il faut que la faculté laissée au pharmacien de délivrer certains médicaments, soit restrictive, car s'il peut délivrer tout ce qui ne sera pas défendu, il trouvera toujours moyen de tourner la défense et, en fait, délivrera presque tout. Or, dans ces conditions, l'exercice de la médecine devient impossible dans certaines régions : on consultera le pharmacien qui délivrera les médicaments, et on ne s'adressera au médecin que lorsqu'on ne pourra faire autrement.

On conviendra que ce serait un singulier moyen d'assurer les soins médicaux dans les campagnes.

Je demande que l'article soit amendé de la manière suivante :

Les pharmaciens peuvent, sans déroger aux lois sur l'exercice illégal de la médecine, librement délivrer sur la demande de l'acheteur, les substances, constituant des médicaments simples ou composés, *dont la liste aura été arrêtée par le règlement d'administration publique* prévu par l'article 26 de la présente loi.

Les médicaments ainsi vendus devront porter sur l'étiquette le nom de la substance ou des substances composantes. Toutefois l'obligation de cette indication ne s'applique pas aux médicaments inscrits au codex, à condition qu'ils soient vendus sous la même dénomination que celle du codex.

Cette rédaction doit suffire aux pharmaciens, elle est conçue dans des termes analogues à celle par laquelle les personnes non pourvues du diplôme sont autorisées à délivrer des médicaments inoffensifs.

En toute logique, les pharmaciens devraient rentrer dans cette catégorie de personnes prévue par l'article 15, mais il faut être moins rigoureux.

Il est inutile d'ajouter que la nouvelle rédaction ferait tomber les stipulations contraires comprises dans les articles 12 et 13 et laisserait intactes les autres qui paraissent fort justes :

« Aucun médicament simple ou composé de fabrication française ou étrangère ne pourra être livré au public sans que le nom ou la formule exacte et précise n'ait été déposée à l'Académie de médecine, si elle ne se trouve inscrite au *Codex*.

« Tout pharmacien français pourra en prendre connaissance et livrer la substance ou exécuter la formule, sauf à respecter la marque de fabrique adoptée par l'auteur de la formule. »

et aussi les suivantes :

« Si les pharmaciens conservent l'ordonnance médicale, ils devront en délivrer, s'ils en sont requis, une copie certifiée conforme.

« Toute ordonnance médicale, exécutée dans une pharmacie, ne sera rendue qu'après l'apposition du timbre de la pharmacie.

« En outre, il sera dressé, dans le *Codex*, une liste de médicaments dont chaque délivrance ne pourra être faite que sur une ordonnance nouvelle. »

Ces modifications que je réclame sont-elles excessives ? — Je ne le pense pas.

Si les pharmaciens veulent rester dans leur rôle, s'ils ne veulent pas usurper celui du médecin, la rédaction que je propose doit leur suffire. Si leurs prétentions vont plus loin, c'est à nous, médecins, qu'il appartient de leur rappeler qu'entre la clinique et la thérapeutique, d'une part, et, d'autre part, la confection d'une ordonnance et la préparation d'un extrait, il y a quelque différence.

A. GASSOT.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'enveloppement dans le drap mouillé.

Les avantages du drap mouillé froid sont aujourd'hui à peu près généralement incontestés ; ils sont souvent mieux acceptés que les bains froids dans les grandes pyrexies, et nous croyons utile de rappeler ici la technique qui nous paraît la plus rationnelle, d'après M. *Rendu*, dans l'application de cette méthode :

On étend sur le lit où doit avoir lieu l'enveloppement, une toile cirée, puis une couverture de laine sur laquelle on étale le drap mouillé ; celui-ci a été préalablement trempé dans un seau d'eau froide à 15° environ, et tordu pour qu'il ne contienne pas trop de liquide.

Cela fait, on dépose le malade, complètement déshabillé, sur le drap mouillé ; on ramène rapidement les côtés du drap en avant, de façon à l'envelopper entièrement : on a soin de faire pénétrer les plis du drap entre la poitrine et les bras, ainsi qu'entre les jambes, pour assurer un contact aussi étendu que possible, mais sans trop serrer le patient. On replie ensuite la couverture de laine sur le malade, en la bordant latéralement de façon que, seule, la tête émerge et soit à l'air. On étale un édredon au devant des pieds, et on recouvre le tout d'une alèze, disposition qui permet au malade de pouvoir cracher pendant la durée de l'enveloppement sans sortir ses bras de la couverture. Pendant ce temps, on donne de temps en temps au malade une tasse de thé, ou un grog chaud, pour activer la sudation.

On peut, physiologiquement, étudier trois phases successives dans l'enveloppement ainsi pratiqué.

Dans une première période, le malade est saisi par le froid; mais cette impression initiale, souvent désagréable, est rarement pénible et dure peu : au bout de quelques secondes elle fait place à une sensation de bien-être : la respiration, d'abord accélérée, se calme, le pouls se ralentit, et les malades éprouvent un besoin de sommeil, surtout très net chez les enfants, qui s'endorment presque instantanément. C'est la phase de réchauffement graduel. Elle est suivie bientôt de la réaction sudorale, qui ne manque presque jamais, et qui se continue, en s'accentuant de plus en plus, pendant deux heures environ.

La sudation débute une demi-heure ou trois quarts d'heure après l'enveloppement : on voit des gouttelettes de sueur perler sur le front des malades : elle est à son maximum au bout d'une heure et demie, et persiste encore souvent pendant deux à trois heures. Tant que la sudation se maintient, il est bon de laisser le malade dans le drap mouillé, qui équivaut pour lui au plus actif des bains de vapeur : quand elle se ralentit, on le retire de ses couvertures, on le sèche rapidement et on le replace dans son lit, soit froid, soit légèrement bassiné.

La température du malade loin d'être diminuée sous l'influence de l'enveloppement dans le drap froid, s'élève, au début, de trois à quatre dixièmes de degré. Après la première demi-heure, elle baisse progressivement. En général, elle a diminué de un degré à la fin de l'enveloppement. Cet abaissement persiste plus longtemps qu'après un bain froid.

Pendant l'enveloppement, toutes les sécrétions sont activées. Les urines sont plus abondantes et plus chargées de matières extractives, surtout pendant les heures qui suivent. L'expectoration plus facile et moins visqueuse. Le pouls devient ample, mou et lent à la fin de l'enveloppement. Les mouvements respiratoires augmentent d'amplitude. Enfin, les symptômes nerveux sont, presque toujours, heureusement modifiés.

En somme, les principales indications du traitement des grandes pyrexies sont remplies par cette méthode :

1° Favoriser l'élimination des poisons morbides par tous les grands émonctoires ;

2° Stimuler le système nerveux ;

3° Empêcher le collapsus cardiaque.

Les indications pratiques de l'enveloppement dans le drap mouillé ressortent des considérations précédentes.

Ce sont : les congestions pulmonaires aiguës, les pneumonies franches à la période de début.

Ce moyen n'a pas la prétention de juguler la pneumonie, mais dans beaucoup de cas il a eu pour effet d'atténuer la gravité des symptômes et de régulariser la marche de l'affection. Les broncho-pneumonies secondaires (grippales) sont très améliorées également.

L'enveloppement mouillé réussit à merveille dans les néphrites aiguës avec suppression des urines et menace d'urémie.

L'âge n'est pas une contre-indication à l'enveloppement dans le drap mouillé.

La seule contre-indication, c'est la tendance à l'algidité (1).

(1) Extrait de la *Pratique médicale*, 1893, p. 282.

Traitement de la teigne tondante.

M. le Dr *Butte* conseille d'employer le collodion iodé dans le traitement de la teigne tondante, chez l'enfant, mais il importe de bien préciser ses indications et de ne pas vouloir en faire une méthode unique de traitement. C'est toujours au traitement, maintenant classique, basé sur l'emploi régulier des parasiticides, de l'épilation et de l'occlusion, qu'il faut avoir recours si l'on veut obtenir une guérison rapide de la tondante. Comme parasiticide, le collodion iodé paraît avoir une assez faible action; comme occlusif, il est utile à la condition qu'on recouvre fréquemment les plaques de nouvelles couches du topique, mais c'est surtout comme agent d'épilation qu'il rend de réels services.

Dans les hôpitaux où des salles entières sont consacrées aux teigneux, il arrive fréquemment qu'en raison du trop grand nombre de malades les épileurs ne peuvent suffire à leur tâche ; en ville, il est souvent fort difficile de se procurer de bons épileurs et le médecin n'a, le plus ordinairement, ni le temps, ni l'habileté manuelle nécessaire pour pratiquer cette petite opération.

De plus, tous les dermatologistes savent quelle difficulté, quelle impossibilité même, on éprouve à bien faire l'épilation dans les cas de teigne tondante, en raison de l'état de friabilité extrême des cheveux qui se cassent au simple contact de la pince, de telle sorte que l'épilation n'est guère pratiquée que sur les cheveux peu malades.

Avec le collodion iodé, ces inconvénients peuvent être évités ; il est possible de se passer du concours de l'épileur et de faire l'avulsion rapide de la plupart des cheveux malades.

La technique du traitement est la suivante : chaque fois que l'épilation est jugée nécessaire, il faut, à l'aide d'un pinceau de charpie, étendre plusieurs couches de la solution collodionnée suivante sur les plaques tricophytiques :

Alcool à 90°	12 gr.
Iode métallique	0 gr. 75
Faites dissoudre et ajoutez :	
Collodion	35 gr.
Térébenthine de Venise	1 gr. 50
Huile de ricin	2 gr.

On recommence cette application tous les jours pendant 3 ou 4 jours, de façon à obtenir une couche bien épaisse et bien adhérente du topique, qui doit recouvrir non seulement les plaques malades, mais aussi leur pourtour dans une étendue de 1 à 2 centimètres.

Au bout d'une douzaine de jours, on libère, à l'aide des ciseaux, les bords du placard de collodion et, avec une pince ou avec les doigts, on l'arrache sans violence. Sur la partie qui adhérait au cuir chevelu, on trouve une grande quantité de cheveux, qui lui donnent l'aspect de la peau d'un animal à poil ras. La plaque tricophytique est alors nettoyée avec une solution antiseptique et on constate qu'un grand nombre de cheveux ont été avulsés.

Si alors on se borne à faire des frictions quotidiennes avec des parasiticides, ceux-ci paraissent exercer une action plus rapide et plus efficace et il n'est pas rare d'observer la guérison au bout de 2 à 3 mois, sans qu'il soit besoin de recourir de nouveau à l'épilation ou à l'emploi du collodion iodé.

Les hématémèses hystériques.

M. le Dr *Josserand*, de Lyon, dans une étude très complète de l'hématéme hystérique, signale, au point de vue du diagnostic de cet accident inquiétant, les signes caractéristiques suivants :

Il s'agit d'un liquide rouge manifestement hématique, mais moins coloré que le sang normal, plus aqueux, comme dilué ; cette dilution peut échapper au premier abord, l'expectoration empruntant à sa masse et à son épaisseur une teinte très foncée ; mais une goutte versée sur un linge blanc y fait une tache beaucoup plus pâle que du sang pur. En deuxième lieu ce liquide est visqueux, comme sirupeux, et glisse lentement sur le fond du vase lorsqu'on l'incline, comme s'il y adhérait un peu : du sirop de ratanhia un peu étendu d'eau réalise une contrefaçon qui a plus d'une fois trompé des assistants même prévenus. Ce sang dilué et visqueux a pour troisième caractère de n'être pas spumeux comme celui de l'hémoptysie, et enfin il se conserve indéfiniment sans se coaguler, comme le ferait du vin ou du sirop. Versé dans un verre à urine, il dépose en trois couches : une supérieure, très rouge, ne contenant presque pas d'hématies et exclusivement colorée par l'hémoglobine dissoute ; une moyenne composée de globules rouges, et une inférieure constituée par des cellules épithéliales pavimenteuses.

Le liquide qui dilue le sang, qui l'empêche de se coaguler et qui dissout son hémoglobine est la salive. Le mélange est constitué en moyenne à raison d'une partie de sang pour dix à douze de salive.

Voilà pour ses propriétés physiques. Ses caractères cliniques sont les suivants : il est rendu d'un seul coup ; assez brusquement le sujet a la sensation d'un étouffement, d'une boule, d'une contraction épigastrique ou rétro-sternale, sa bouche se remplit de salive, et en même temps il rejette d'un seul coup le corps du délit, après quoi il se sent soulagé. En second lieu, le phénomène est très souvent quotidien ; pendant des semaines et des mois les malades nous présentent chaque matin leur crachoir.

Ce liquide est vomi ; le sang provient, soit du pharynx, soit de la base de la langue, mais surtout de l'estomac et de préférence peut-être de l'œsophage, et il se mélange à son passage à un flot de salive dont le ptyalisme nauséeux a rempli la bouche. Pour toutes ces raisons on peut donner au phénomène le nom d'hémosialémèse hystérique (αἱμα, sang, et σιαλον, salive).

Enfin l'accident se rencontre souvent chez des névropathes dysménorrhéiques ; on arrive le plus souvent, guidé par la constatation de ce stigmate, à en trouver d'autres confirmatifs, tels qu'une hémianesthésie sensitivo-sensorielle, des zones hypnogènes, et enfin des guérisons par suggestion.

L'onychophagie.

M. *Bérillon* vient de découvrir un nouveau stigmate de dégénérescence : c'est l'habitude de se ronger les ongles, qu'il appelle « onychophagie ».

Cette habitude serait toujours liée à d'autres manifestations de dégénérescence, telles que l'incontinence d'urine, les tendances impulsives, les terreurs nocturnes, les diverses phobies, etc. Il est rare, dit M. Bérillon, qu'on ne trouve pas chez les ascendants ou chez les proches des personnes cédant à la même manie.

L'onychophagie paraît beaucoup plus fréquente à Paris qu'en province.

Dans une école communale de Paris, sur 265 élèves examinés pendant le mois d'avril 1893, on a trouvé 53 rongeurs d'ongles, soit un onychophage sur cinq. Dans un lycée, la proportion des rongeurs d'ongles est un peu moins élevée. Des examens portent sur une centaine d'enfants d'écoles de villages du département de l'Yonne, qui n'ont révélé que 3 rongeurs d'ongles. Dans une école mixte du même département, sur 29 garçons, il y a 6 rongeurs d'ongles (20 pour 100), sur 21 filles, il y en a 11, soit 52 pour 100). Dans un établissement d'enseignement secondaire de jeunes filles, sur 207 élèves, 61 se rongent (15 des deux mains et les autres les ongles de l'un des deux mains). Une école supérieure de Seine-et-Marne compte 52 élèves de 12 à 17 ans. Sur ce nombre, 16 se rongent les ongles.

Il y a aussi les rongeurs de porte-plume. Cette variété semble plus répandue chez les filles. Dans une école de Paris, sur 265 élèves on en compte 13 qui mangent le bout de leurs porte-plume ; tandis que, dans un collège de jeunes filles, la proportion des rongeurs s'élève à 59 pour 207.

D'une nouvelle application du salol.

MM. Reynier et Isch-Wall ont reconnu qu'à 40° le salol devenait liquide et restait liquide ensuite jusqu'à la température de 34° à 35, ce qui peut permettre de le faire pénétrer dans une seringue de Pravaz et par suite de l'injecter sous la peau ou dans une cavité. Non seulement il se mélange avec le camphre, mais encore avec l'aristol, l'iodoforme.

Les corps sont unis ainsi et le mélange reste parfait après le refroidissement.

Ce liquide, injecté dans des cavités infectées, en se solidifiant, peut y séjourner longtemps et les aseptiser.

Dans les abcès froids de petite dimension, la masse injectée reste le temps nécessaire pour attendre la guérison de l'abcès pourvu qu'on ait soin d'aspirer à plusieurs reprises la petite quantité de pus qui se reforme.

Dans les fistules de petites dimensions, soit superficielles, soit osseuses, les injections de salol iodoformé donnent les meilleurs résultats. Mêmes excellents résultats dans les cas de grandes cavités osseuses soit évidées pour tuberculose soit pour ostéomyélite.

Enfin le salol liquide iodoformé peut former un véritable vernis sur les lignes de suture ou sur les plaies réunies.

CLINIQUE INFANTILE

Elevage dans le son,

par le Dr François Hue,
professeur à l'École de médecine de Rouen.

L'élevage dans le son n'est pas nouveau, ainsi qu'ont paru le croire un certain nombre de publicistes ayant analysé une première publica-

tion sur ce sujet. C'est un vieux mode d'élevage qui n'a que le tort d'être peu connu et qui mérite, à mon avis, d'être substitué, comme meilleur à tous les points de vue, aux procédés jusqu'ici en usage.

On ne saurait, en tout cas, le comparer au maillot, procédé primitif que quelques femmes rendent même barbare. Les reproches qu'on peut adresser au maillot sont nombreux et graves. Parmi les plus saillants je me bornerai à signaler la compression excessive de la base du thorax qu'il nécessite. Pour qu'un maillot tienne bien, il faut qu'il soit bien serré ; au point que l'idéal du maillot, pour beaucoup, est le boudinage ou le saucissonnage de l'enfant. Qui n'a vu de ces infortunés ainsi ficelés, réduits à l'état de paquets, fort commodes assurément pour la nourrice ! Heureux encore quand on ne leur attache pas les bras. Les maillots les plus lâches compriment donc la base du thorax de façon fâcheuse. Un grand nombre de déformations thoraciques, auxquelles les médecins sont habitués et qui ne ressortissent pas au rachitisme, n'ont pas d'autre origine. Cette compression n'est pas plus recommandable que celle du corset chez les jeunes filles ; elle est encore aggravée par l'âge plus jeune de l'enfant. Les organes thoraciques, en dehors des déformations passagères ou permanentes du squelette, ont aussi un fonctionnement limité par cette constriction : l'hématose se ressent du jeu moindre des poumons et la circulation centrale elle-même en est impressionnée. L'immobilisation du thorax n'est pas le seul méfait du maillot. Il limite encore les mouvements des membres inférieurs, en supposant qu'il ne comprime pas l'abdomen. Or, l'enfant au berceau a le même besoin de mouvement que l'adulte. C'est une condition de bonne circulation, d'échanges plus actifs au sein des tissus, de digestion plus rapide. Il y a la même différence entre un enfant élevé libre de ses mouvements et un enfant emmailloté qu'entre un paysan et un employé de bureau. On sait qui a le meilleur estomac. Or chez le nouveau-né la digestion est la seule fonction. Enfin l'enfant emmailloté souille ses langes et reste parfois de longues heures en contact avec son urine et ses excréments. Beaucoup de religieuses, de gardes et par conséquent de mères de famille ont pour principe de ne pas changer l'enfant pendant la nuit. C'est un système qui peut avoir du bon pour les parents, mais qui est déplorable pour le nourrisson. Quand celui-ci peut s'y habituer, ce qui n'est pas toujours le cas, ses téguments ne s'y habituent pas toujours, et il s'ensuit des érythèmes fort douloureux, inquiétants pour l'entourage et parfois difficiles à faire disparaître pour le médecin.

L'élevage à l'anglaise, comme on l'appelle en France, a beaucoup moins d'inconvénients. Il consiste, on le sait, dans l'emploi de sortes de culottes et de vêtements longs. Alors, plus de ficelage et liberté des mouvements. C'est un grand progrès dans l'hygiène de la première enfance. Cependant, il est difficile à employer dès le début et le plus souvent on ne revêt ainsi les enfants que pour la journée ; pour la nuit, la plupart en reviennent à une façon de maillot peu serré et lâche par le bas. Il n'en reste pas moins que jusqu'ici on n'a rien trouvé de mieux et qu'on trouvera difficilement mieux pour la sortie quotidienne de l'enfant.

Les inconvénients que présente l'élevage en culottes, et à plus forte raison l'élevage au maillot disparaissent avec l'emploi du son. L'élevage dans le son est d'ailleurs le plus simple de tous et une description aussi succincte que possible, mais complète, peut faire croire à plus de complexité qu'il n'en existe. Un coup d'œil sur un berceau dans les conditions voulues en rend rapidement compte. Ce mode d'élevage n'est l'apanage d'aucune contrée, car s'il est pratiqué beaucoup en Angleterre, on en trouve des applications dans de nombreux coins de France, dans des familles où la routine a moins de prises. Des voyageurs l'ont vu employé par les Esquimaux. J'ignore s'il s'emploie dans le Midi ; mais je me suis laissé dire que c'était surtout dans le Midi que les modalités du maillot paraissaient être restées les plus barbares.

Examinons successivement le berceau, le son, la couverture, l'habillement de l'enfant, le mode de couchage, de chauffage, etc.

Pour pratiquer l'élevage que nous préconisons, tous les berceaux sont bons, à condition qu'ils retiennent le son. On arrive facilement à ce résultat en les doublant, à l'intérieur, d'une forte toile que l'on attache ou que l'on cloue solidement au rebord du berceau. Cette toile a besoin d'être forte afin de supporter le poids du son dans l'intervalle des barreaux ou des mailles du berceau. Au pourtour, près des bords, on aura cousu d'avance, de 10 en 10 centimètres, des anses de cordon solide. Ces anses sont destinées à donner attache aux cordons qui assujettiront la couverture.

Le choix du son a une certaine importance : trop fin il aurait les inconvénients d'une poussière quelconque. Aussi se trouvera-t-on bien de n'employer que du son de blé que l'on aura fait cribler avec soin de façon à ne retenir pour l'usage que le plus gros. On trouve facilement cette matière ainsi préparée chez le premier grainetier venu. Un hectolitre suffit, la plupart des berceaux n'en demandant que 30 à 40 litres. Il est prudent de le stériliser au préalable en le portant à une température élevée pendant un assez long temps, en le confiant à un boulanger qui le place toute une journée dans une toile sur son four, ou en le chauffant par paquets dans un four de cuisine. Les larves d'insectes qui pourraient s'y trouver par hasard seront détruites ; mais il importe, d'un autre côté, qu'il ne soit pas trop desséché, car il deviendrait dur et désagréable. C'est une précaution bonne, sans qu'elle soit indispensable, et nombre de mères qui ne l'emploient pas n'ont, à ma connaissance, jamais eu à le regretter. On remplit ainsi le berceau aux deux tiers au moins, et, comme je le disais plus haut, 30 ou 40 litres suffisent habituellement. La totalité du son n'a besoin d'être renouvelée que tous les mois ou toutes les 3 semaines au plus. Chaque jour on se bornera à enlever ce qui aura été souillé pour le remplacer tous les 3 ou 4 jours de façon à maintenir le niveau primitif dans le berceau. Disons de suite que toutes les déjections du bébé, liquides ou solides, s'agglomèrent en boules dont la périphérie est sèche et que la nourrice, en enfonçant les mains dans le berceau, ramène à la surface ces agglomérats sans se souiller les

mains. Ces agglomérats n'ont aucune odeur nauséabonde, ce qui a bien sa valeur quand on garde ses enfants près de soi ; ils ne sentent guère quo le son dont l'odeur est plutôt agréable.

Sur cette couche uniforme de son, couche molle, élastique, nullement désagréable aux enfants, on place vers la tête un petit oreiller de crin recouvert d'une taie d'oreiller et sur lequel reposeront les épaules et la tête de l'enfant.

Reste la couverture. La meilleure paraît être une bonne peau de mouton. Pour les jours très chauds de l'été, cette peau est avantageusement remplacée par un lange de laine. Que ce soit l'un ou l'autre, on double cette couverture d'un petit drap sur sa face profonde en contact avec le son et on les assujettit au moyen de 4 épingles doubles.

Cette peau ou cette couverture devra pouvoir recouvrir tout le berceau, sauf la moitié supérieure de l'oreiller destinée à la tête ; elle sera munie sur les bords de cordons doubles destinés à être attachés aux cordons dont nous avons vu les bords du berceau garnis. Pendant les premiers mois qui suivent la naissance, cette attache n'est pas indispensable, mais, plus tard, les mouvements du bébé deviendraient assez vifs pour rejeter, sans cette disposition, la couverture par-dessus bords.

Voilà le berceau prêt, voyons maintenant comment il convient de vêtir l'enfant.

Il ne faut pas que l'enfant soit vêtu au-dessous de l'ombilic. Il ne doit avoir qu'une chemisette, un petit tricot et une brassière, le tout bien fermé par derrière au moyen de cordons, plutôt que de boutons ou d'épingles doubles. Dans les premiers temps de la vie l'ombilic est protégé par un petit pansement d'abord, jusqu'à ce que le cordon se soit détaché et que la cicatrisation en soit complète ; puis, plus tard, après la première semaine ou les premiers 15 jours, par une bande de flanelle qui protège la région. Le siège et le pubis, ainsi que les membres inférieurs sont complètement nus et reposent directement sur le son. Quand l'enfant veut remuer les jambes il en a toute liberté. Que l'on sache bien qu'il ne s'enfoncera jamais dans le son et que la crainte de le voir s'y enfouir est absolument chimérique. Des nombreux enfants que j'ai vu élever de cette façon, aucun ne s'est jamais enfoncé ; c'est tout au plus si les pieds arrivent à disparaître à moitié chez les bébés très remuants. Il ne disparaît dans la couche sous-jacente que les déjections qui sont rapidement enrobées ainsi que les liquides et qui ne souillent pas le nourrisson. Grand avantage qui dispense de tout changer plusieurs fois par jour et par nuit. La peau, jamais souillée, ne s'irrite pas, pas d'érythèmes, pas de douleurs, pas d'entraves ; sommeil calme. Cette tranquillité du bébé est précieuse pour la nourrice qui peut se reposer. Les digestions sont facilitées par les mouvements auxquels il se livre, au même titre qu'elles sont facilitées chez l'adulte par toutes les dépenses musculaires.

A quel moment commencer ce mode d'élevage ? Dès la première heure de l'existence pour tous les enfants normaux, venus au monde sans trop de secousses, bien constitués et d'un poids moyen. Plus tard, évidemment, pour toute la catégorie de ceux qu'on ne peut élever que dans du coton ou dans une couveuse. Il faut attendre pour eux qu'ils aient repris la viguour qu'ils auraient dû avoir en naissant.

L'enfant, ainsi couché sur cette couche de son, est recouvert de la peau préparée, poil en dessus ; à moins que la peau, peu épaisse, ne soit double, poil des deux côtés. Si l'on a peur qu'il ne glisse et ne disparaisse dans le son, et nous avons prémuni contre cette crainte qui n'a aucun fondement, on peut, au moyen de deux cordons ou de deux épingles doubles, attacher la couverture à l'oreiller sous les deux bras du bébé. Il aura ainsi les deux bras au dehors et la maman sera tranquille. C'est qu'en effet, lors d'une première publication sur ce mode d'élevage, un journaliste a émis cette crainte, reproduite par d'autres, que l'enfant plongeant dans le son ne vienne à s'en remplir la bouche et les yeux. Cette sorte de submersion est encore à observer, même sous forme de menace.

Il est on ne peut plus facile d'entretenir dans un berceau ainsi organisé une température constante et appropriée. Une boule d'eau chaude enfouie dans le son, vers les pieds, se maintient à une température élevée pendant 12 heures, plus longtemps que sous un édredon. Cela est dû aux très nombreuses lacunes pleines d'air, situées entre les paillettes et qui forment la meilleure de toutes les couches isolantes. Dans les premiers jours de la vie on peut, si cela est nécessaire, disposer deux boules d'eau chaude, une de chaque côté du berceau, au lieu de n'en placer qu'une aux pieds.

Pour faire téter l'enfant on l'enveloppe dans un lange de laine doublé d'un lange de toile qui reste à demeure sur le pied du berceau, par exemple ; la tétée finie, on le recouche dans le berceau. Les enfants acceptent sans protester ce passage d'un endroit chaud dans un lange froid, d'autant plus qu'ils se rendent vite compte que c'est le prodrome du repas.

Pour sortir au dehors ou tenir levé dans la maison, on n'a encore rien trouvé de mieux à ma connaissance que l'habillement complet avec culotte et vêtements très longs. Cet habillement est applicable dès le lendemain de la naissance, quoi qu'en pensent et en disent une grande quantité de nourrices, qui croient nécessaire de soutenir le dos de l'enfant dont la colonne vertébrale serait trop faible !

Si la méthode de l'élevage dans le son a de grands avantages qui en font pour les gens non prévenus une méthode de choix, elle a aussi quelques inconvénients qu'il importe de connaître pour n'avoir aucun déboire.

Il est impossible de ne pas répandre un peu de son autour du berceau en en sortant l'enfant, mais le son ne tache pas et s'enlève facilement au balai. Je connais des mères de famille très soucieuses du luxe de leur chambre qui, cependant, ne s'en plaignaient pas. Le son bien tamisé donne un minimum de poussière. Dans tous les cas cet inconvénient est moindre que la mauvaise odeur de tous les autres modes d'élevage.

Les enfants que l'on enlève de leur berceau ont de nombreuses paillettes de son collées à leur peau, surtout aux régions susceptibles d'être mouillées. C'est là un mal pour un bien, en ce sens qu'il oblige à un bain journalier, ou tout au moins à un lavage sérieux. Ce bain n'amène au-

cune fatigue aux bébés quand on a soin de ne pas le donner trop chaud, de le réduire aux proportions d'un rinçage après lavage au savon sur les genoux. On se trouvera bien d'habituer rapidement l'enfant à prendre ce bain à 32 degrés seulement et même à une température plus basse. La réaction se fait en le frictionnant vigoureusement avec de la laine.

Le bol fécal étant enrobé dans le son il est parfois difficile d'en voir la couleur et la consistance, particularités qui peuvent avoir à certains moments leur importance; mais il est bien rare que la défécation n'ait pas lieu pendant la tétée et dans le lange ordinaire.

L'élevage dans le son, enfin, n'est guère pratique que jusqu'à un an. Passé cet âge, la plupart des bébés deviennent turbulents et plus adroits de leurs mains.

Ils prennent des poignées de son et les jettent à terre ou se les mettent dans les yeux et dans la bouche ; mais, à cet âge, ils ont déjà pris des habitudes de propreté relative, ils restent debout une grande partie de la journée, et, pour la nuit, on peut les coucher comme de grands enfants. Il va sans dire que ce terme à la possibilité du son est sujet à des variations que la nourrice apprécie facilement. J'ai vu des enfants maintenus avec avantage dans le son jusqu'à plus de deux ans.

Les avantages peuvent se résumer ainsi : pas d'entraves, liberté absolue de tous les mouvements des membres et du thorax, pas de croupissage, par d'odeur, économie considérable de blanchissage.

Le prix de revient est minime et, en dépit d'une description que j'ai cherché à faire minutieuse, la méthode est des plus simples.

(*Médecine moderne*, 1893, n° 40.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'inspection médicale des écoles.

Il faut convenir qu'il existe dans notre législation des lacunes étranges et que le *règne de la loi* est encore une simple fiction, puisque des prescriptions formelles restent souvent lettre morte, par cette raison que leur caractère obligatoire ne se trouve pas spécifié.

On sait que la loi de protection des enfants du premier âge est ignorée dans la moitié des départements.

Il en est de même de l'inspection médicale des écoles, que prévoit cependant la loi sur l'Instruction primaire — peu de départements l'ont organisée ; et parmi ceux-ci en est-il encore dont l'organisation est tout à fait insuffisante.

Nous regrettons que le projet de loi sur la protection de la santé publique, soit muet sur ce chapitre.

Il est peu de mesures hygiéniques qui aient plus d'importance, et nous ajouterons qu'à cette importance, toute pratique, s'ajoute une haute considération morale.

La Société oblige le père de famille à envoyer son enfant à l'école ; elle doit lui garantir que, dans cette école, l'enfant ne prendra pas une maladie contagieuse souvent grave, et presque toujours repoussante.

La nécessité de l'inspection médicale nous paraît être le corollaire naturel de l'obligation inscrite dans la loi sur l'instruction.

Et cependant, nous le répétons, cette inspection n'est organisée qu'exceptionnellement.

Il appartient aux syndicats médicaux de se préoccuper de la question et de présenter aux administrations compétentes des projets d'organisation, qui puissent être adoptés au grand avantage de la population enfantine.

C'est ce qu'a compris M. le Dr Jeanne, Secrétaire du Syndicat de l'arrondissement de Versailles. Notre distingué confrère introduit la question dans son syndicat et, chargé d'élaborer un projet d'organisation, présente actuellement à ses collègues un rapport sur lequel nous nous arrêterons un instant.

M. le Dr Jeanne fait d'abord l'historique de la question :

Historique.

Ce sera l'éternel honneur de la République d'avoir décrété le principe de l'instruction obligatoire, et fait élever partout dans les villes comme dans les hameaux, des bâtiments scolaires dignes d'une démocratie sage et éclairée.

En Seine-et-Oise, autant et plus qu'ailleurs, de gros sacrifices budgétaires ont été consentis par le département et les communes pour remplir cette partie importante du programme républicain. On a voulu que l'école fût ouverte à tous, et que l'enfant ne lui trouvât plus cet air de prison qu'offrait souvent la masure délabrée où il recevait autrefois l'instruction primaire. Grande, bien située dans le calme et le grand air, convenablement chauffée et ventilée, pourvue d'un éclairage méthodiquement calculé, scientifiquement meublée, l'école de construction nouvelle ne s'ouvre plus qu'après avoir obtenu le *satisfecit d'un Conseil d'hygiène*. Nous ne pouvons qu'applaudir, à ces sages précautions.

Hâtons-nous cependant de reconnaître qu'elles ne suffisent pas à garantir la salubrité des locaux, à partir du jour où ceux-ci sont occupés par nos écoliers. Microbes et germes pathogènes y font leur entrée et s'y installent, apportés par les élèves eux-mêmes. Le danger se présente à l'heure où l'école s'ouvre, et par un singulier oubli, il semble que l'hygiène s'en désintéresse maintenant. La santé des enfants n'est plus garantie que par des mesures banales de propreté, des pratiques plus ou moins judicieuses, où les instituteurs témoignent souvent de leur zèle plutôt que de leur compétence.

On s'est préoccupé depuis longtemps de combler cette grosse lacune et d'appeler sur l'école qui abrite l'avenir du pays, la surveillance médicale, dont elle ne saurait se passer.

Le 14 novembre 1879, M. J. Ferry, ministre de l'instruction publique, adressait en effet aux préfets une circulaire d'où nous extrayons ce qui suit :

« Mon attention a été appelée, à plusieurs reprises, sur l'utilité qu'il y avait à organiser, dans tous les départements, un service d'inspection médicale des écoles publiques.

« L'inspection primaire a sans doute le devoir de veiller à ce que les locaux scolaires soient établis dans des conditions satisfaisantes d'hygiène et de salubrité, mais les inspecteurs, quels que soient d'ailleurs leur zèle et leur vigilance, ne possèdent en général que des connaissances médicales imparfaites, et certaines circonstances susceptibles d'influer sur la santé de la population enfantine, peuvent leur échapper. Il m'a donc paru qu'il y a là une lacune à combler, et j'ai cherché les moyens de remédier à un état de choses, qui ne peut se prolonger sans inconvénient.

« Le service d'inspection médicale des écoles primaires pourrait être organisé sur les bases suivantes : il y aurait dans chaque canton un ou plu-

sieurs médecins chargés de visiter, dans leur tournée de clientèle, les écoles publiques au double point de vue de la salubrité des bâtiments et de l'état sanitaire des élèves. Ils auraient pour mission de veiller à ce que les conditions hygiéniques soient exactement remplies, d'adresser aux maîtres et aux familles, les conseils opportuns, et de fournir, à l'occasion, des renseignements utiles à l'administration.

« Le service d'inspection médicale que je désire voir fonctionner dans toute la France, existe déjà dans quelques villes, et en particulier à Paris où il donne d'excellents résultats... Je me plais à penser que ce projet ne rencontrera dans l'application aucune difficulté sérieuse. Les hommes de bonne volonté ne manqueront certainement pas pour remplir ces fonctions de haute confiance, pour lesquelles une légère rétribution pourrait être votée par les communes intéressées.

« Je ne doute pas, Monsieur le Préfet, qu'en faisant appel au dévouement du corps médical toujours prêt, chez nous, à servir la chose publique, vous ne trouviez dans votre département le nombre de médecins nécessaire à l'organisation d'un service qui est digne de votre sollicitude.

« Vous voudrez bien me faire connaître les mesures que vous aurez cru pouvoir prendre, pour en assurer l'exécution. »

Comment se fait-il que plus de dix ans après cette circulaire, le plus grand nombre des départements ait négligé de s'y conformer ? Nous tâcherons de l'expliquer plus tard. En tout cas, il ne s'agissait là que d'une circulaire, œuvre personnelle et passagère dont l'utilité pouvait rester jusqu'à un certain point discutable.

Mais ce qui porte l'étonnement à son comble, c'est ce qui suit.

Le principe de l'inspection sanitaire des écoles a été inscrit dans la LOI d'octobre 1886 qui veut que dans chaque commune ce service d'hygiène soit installé.

Le décret du 18 janvier 1887 précise, même, que les médecins-inspecteurs communaux ou départementaux n'auront entrée dans les écoles, qu'après avoir été agréés par le préfet, que leur inspection ne pourra porter que sur la santé des enfants, la salubrité des locaux et l'observation des règles de l'hygiène scolaire.

Et quand on voit les congrès d'hygiène (Vienne 1887, Paris 1889, Londres 1891) approuver hautement ces mesures, on est tout stupéfait d'apprendre en l'an de grâce 1893, que plus de la moitié de la France et le département de Seine-et-Oise en particulier, ne les ont pas appliquées.

Vous le voyez, mes chers collègues, nous ne sommes pas des novateurs quand nous demandons l'organisation en Seine-et-Oise de l'inspection médicale des écoles primaires, nous signalons seulement un oubli des plus regrettables.

. . . .

Aujourd'hui les conditions sont changées.

Groupés, dans nos syndicats, pour y travailler en vue des intérêts publics, dont la sauvegarde est et sera toujours confiée à notre belle profession, heureux et fiers d'avoir été les collaborateurs appréciés de l'Administration départementale, dans l'organisation de l'assistance publique de nos campagnes, édifiés par les preuves de sagesse et de bienveillance que nous a données cette Administration, nous allons au-devant d'elle, en lui demandant de mettre à l'étude, avec nous, un système qui permette la mise en pratique, dans toutes les localités de l'inspection médicale scolaire. La chose est facile, à condition de se placer de suite au dessus des misérables questions personnelles et locales, et de s'entourer de toutes les précautions voulues pour enlever à la mesure proposée ses petites allures de tracasserie et d'inquisition policière.

Nous dirons plus loin et très complètement, sur quelles bases nous voyons le projet parfaitement réalisable. Mais il nous tarde de montrer d'abord, l'importance hygiénique de l'inspection des écoles, les résultats qu'elle peut donner dans la protection de la santé publique, les preuves qu'elle a fournies de son utilité, là où un terrain d'expériences lui a été offert.

Motifs généraux d'urgence d'organiser l'inspection médicale scolaire.

L'école est une habitation collective et de ce fait elle participerait de suite, si l'on n'y veillait, à toutes les conditions spéciales d'insalubrité inhérentes à l'encombrement. Donc, à cet égard déjà, nous lui devons une sollicitude particulière comme aux casernes, prisons, etc...

Mais si l'on songe à l'extrême impressionnabilité de l'écolier pour les atteintes pathologiques, si l'on réfléchit qu'il représente ce sol vierge si recherché des microbes, si facile à ensemencer et si prompt à fournir sa récolte, on comprend qu'une sévère consigne soit donnée à la porte du bâtiment scolaire, afin de n'y jamais laisser pénétrer la graine de maladie.

Une autre considération, toute d'actualité, ne saurait être oubliée par nous. En ce temps de *nations armées*, la France réclame à grands cris des soldats vigoureux. Et qui ne voit que toutes les institutions créées en vue de la protection et de la santé de l'enfance, envisagent ce but éminemment patriotique, cherchant d'abord à diminuer la mortalité et favorisant ensuite le développement de la jeune génération ? L'école qui abrite, à cette heure, les troupes de première ligne des luttes futures, réclame à ce titre toute la vigilance de ceux qui ont charge d'existences à protéger.

Faut-il ajouter maintenant que *toute loi sur la protection de la santé publique* risque de rester sans effet si l'on néglige de surveiller la salubrité scolaire. C'est de toute évidence, car personne n'ignore que l'école est le foyer de propagation le plus actif des maladies contagieuses, fléaux que les hygiénistes, certains de leur fait, n'hésitent plus à appeler *maladies évitables*.

Enfin, s'il est regrettable que la population soit aussi ignorante qu'elle l'est des *vrais* principes de l'hygiène, n'avons-nous pas dans l'inspection médicale scolaire le moyen le plus puissant d'enseignement ? Ces visites périodiques seront pour la jeune génération de véritables leçons pratiques. Elle y apprendra ce que peut pour la santé cette propreté minutieuse que nous prêchons ; elle y verra les maux causés par d'antiques préjugés ; elle y appréciera les services que nous rendent l'isolement, l'antisepsie, la désinfection, etc... et plus tard nous fournira une pépinière d'auxiliaires utiles qui prendront la place, dans les municipalités, de ces adversaires ignorants et entêtés dont la résistance actuelle annihile nos plus grands efforts.

Donc, place à l'hygiène dans l'école ! Il le faut pour la santé de tous, il le faut pour aider au progrès, il le faut surtout pour la sécurité de la France.

M. le Dr Jeanne insiste sur les raisons spéciales que crée pour le Département de Seine-et-Oise la proximité de Paris ; puis, après avoir passé en revue par le détail les questions qui doivent rentrer dans le domaine de l'inspection et montré les résultats statistiques fournis par cette inspection, là ou elle est organisée, il présente un projet dont il discute successivement les divers articles.

Nous ne pouvons entrer dans ces détails, qui ont leur valeur pour nos confrères de Seine-et-Oise, mais ne présenteraient peut-être pas le même intérêt pour les médecins d'autres départements ; nous donnerons le texte du projet qui peut servir, ailleurs, de base à un travail analogue à celui du Dr Jeanne.

Projet d'organisation de l'inspection médicale scolaire dans le département de Seine-et-Oise.

Article premier.

En exécution du paragraphe 7 de l'article 9 de la loi du 30 octobre 1886, et des prescription du décret du 18 janvier 1887 relatives à l'application de cette loi, il est créé, dans le département de Seine-et-Oise, sur les bases ci-dessous indiquées, un service d'inspection médicale des établissements publics ou *privés* d'enseignement primaire, et des écoles maternelles.

Article 2.

Autant que possible, tous les médecins qui résident dans la commune, ou tous ceux qui visitent *habituellement* celle-ci, au cours de leurs tournées de clientèle, seront appelés, s'ils le désirent, à participer à ce service, comme ils participent à celui de la médecine gratuite des indigents.

Seront exclus les médecins étrangers non naturalisés.

Article 3.

Les médecins-inspecteurs, présentés, sur une liste, par les Maires, dans les conditions indiquées par l'article 2, seront nommés par le Préfet et rétribués par le Département.

Article 4.

Chaque école sera visitée au moins une fois en 10 jours. Dans les communes où le service sera partagé entre plusieurs médecins, il sera fait par roulement suivant un ordre adopté.

Article 5.

En dehors des visites, les directeurs ou directrices d'écoles devront renvoyer, de l'école, tout enfant suspect de maladie contagieuse.

Article 6.

Après chaque visite, les médecins-inspecteurs constateront, sur un registre ad hoc, les faits qu'ils auront observés ou qui leur auront été signalés, mais seulement en ce qui touche la moralité et l'hygiène, la salubrité des bâtiments scolaires ou la santé des enfants.

Article 7.

Les médecins-inspecteurs examineront les enfants afin de s'assurer, d'abord, si tous sont vaccinés, ensuite s'ils n'ont pas quelque infirmité (surdité, myopie, etc.) exigeant des précautions spéciales à l'école ; enfin s'ils ne sont pas atteints de quelque maladie contagieuse ou transmissible, qui pourrait mettre en péril la santé des autres élèves ou de la population.

Article 8.

Ils prescriront le renvoi de l'école ou de l'asile des enfants reconnus atteints d'affections contagieuses.

Les enfants, ainsi exclus dans un but d'intérêt général, ne seront réadmis à fréquenter l'école que sur la présentation d'un certificat de guérison et d'innocuité, certificat émanant d'un médecin-inspecteur.

Article 9.

Les médecins chargés, en commun, de l'inspection médicale d'une école, feront ensemble la première visite et le premier rapport, afin de se mettre d'accord sur les modifications à réclamer dans les locaux scolaires et leurs accessoires, vestiaires, cabinets et fosses d'aisances, mobiliers, etc., sur les préceptes à formuler en matière d'aération, de chauffage, d'éclairage, de balayage, etc. ; sur la durée des isolements à fixer pour chaque genre de maladie, et sur les mesures de désinfection qu'il impose ; et généralement sur toutes questions au sujet desquelles des divergences de vue pourraient ensuite amener des conflits, des retards ou des malentendus funestes.

Article 10.

En cas de contamination grave d'une école, les médecins inspecteurs réclameront la fermeture de celle-ci : elle sera soumise à une désinfection complète suivant les procédés indiqués, et ne pourra être réouverte qu'après les délais qu'ils auront fixés.

Avant de laisser rentrer à l'école les enfants atteints, leurs vêtements seront détruits ou soigneusements désinfectés.

Mais ils n'oublieront pas que la fermeture des écoles est une mesure bien préjudiciable aux intérêts des enfants et des familles, et qu'elle s'impose assez rarement, si l'isolement et la désinfection ont été pratiqués avec soin dès les premiers cas de maladies contagieuses.

Article 11.

Les médecins-inspecteurs sont autorisés, s'ils le jugent utile, en temps d'épidémie surtout, à faire des visites plus fréquemment que ne le demande l'article 4. Et si l'Administration ne peut promettre de récompenser pécuniairement ce surcroît de travail, elle croit néanmoins pouvoir compter sur le zèle des médecins qu'elle connaît de longue date et qu'ils n'ont jamais marchandé dans les services d'intérêt public.

REPORTAGE MÉDICAL

Association de la Presse médicale. — Réunion du 7 juillet 1893. Le 3e dîner statutaire, pour l'année 1893, de l'Association de la Presse médicale, a eu lieu au restaurant Marguery. 17 membres ont assisté à cette séance que présidait M. le professeur Cornil, et à laquelle ont pris part les deux membres nouvellement admis, MM. Fournier et Bérillon.

Candidatures : M. le professeur *Fargues*, de Montpellier, pour le journal le *Nouveau Montpellier médical* ; parrains : MM. *Cornil* et *Dujardin-Beaumetz* ; rapporteur : M. *Landouzy*.

M. le Dr *Ollivier*, pour le journal les *Annales de la Policlinique* ; parrains : MM. *Auvard* et *Doléris* ; rapporteur : M. *Schouppe*.

Ces candidatures seront rapportées au dîner du 1er vendredi d'octobre.

On informe les membres présents de la réponse négative de la Cie des chemins de fer de l'Etat, qui n'a pas consenti à faire à l'Association les réductions consenties par d'autres Compagnies. Celle du Midi n'a pas encore répondu ; on répétera les démarches.

M. le Président, dans une communication spéciale, fait le récit, très intéressant, des démarches qu'il a faites pour obtenir l'adoption, par la Commission de l'armée, de son projet de loi, qui permet aux étudiants de ne faire leur service militaire que lorsqu'ils sont pourvus du diplôme de docteur en médecine. Il raconte les difficultés qu'il a rencontrées et qui ont amené un ajournement du projet.

Après une discussion approfondie, la réunion décide que chaque directeur de journal fera ses efforts pour que la Commission de l'armée, éclairée sur les véritables intérêts du pays, revienne sur sa détermination. Le prochain dîner aura lieu après la clôture du Congrès international de Rome, en octobre.

— *XIe Congrès international de médecine de Rome.* — Dès à présent le nombre des inscrits pour le XIe Congrès international de Rome, parmi lesquels figurent beaucoup de dames, est de beaucoup supé-

rieur à celui de ceux qui ont pris part au dernier Congrès qui s'est tenu à Berlin. Parmi eux figurent tous les spécialistes les plus connus du monde, desquels un grand nombre ont pris l'engagement de donner des conférences sur leur spécialité. Le nombre des communications scientifiques, déjà annoncées, est très considérable.

La plupart des gouvernements ont déjà nommé leurs délégués.

Il est accordé aux membres du Congrès et à leurs dames de grands rabais sur les principaux réseaux de chemins de fer et des facilités spéciales sur les chemins de fer et les lignes de navigation italiennes, pour visiter toute l'Italie, et l'entrée gratuite aux principaux musées et aux fouilles de Pompei : le gouvernement et le municipe de Rome préparent des fêtes en l'honneur des hôtes étrangers. Chaque membre du Congrès a droit à une copie des actes du Congrès. Pour s'inscrire il suffit d'envoyer une carte de visite avec l'adresse et un mandat-poste de 25 francs au Dr Baudouin 14 Bd. Saint-Germain, Secrétaire de la Commission d'initiative composée des syndics de la presse médicale MM. Cornil de Ranse, Cézilly.

— *Le bilan financier du Congrès international de Berlin.* — Les recettes se sont élevées à 263,425 fr., ainsi composées : cotisations des membres du congrès, 175,925 fr. ; subvention du gouvernement allemand, 87,500. Le total des dépenses a été de 257,550 fr., sur lesquels la publication des actes du Congrès s'élève à 71,250 fr. La balance s'est donc soldée par un reliquat de 5,875 fr., qui ont été reversés à l'Etat.

(*Bulletin médical.*)

— *Congrès de la repopulation de la France.* — Ce congrès, organisé par l'*Alliance des savants et des philanthropes* vient encore de pousser le cri d'alarme. On ne naît pas assez en France, et on y meurt trop ! telle est la phrase qui a été répétée sur tous les tons et avec toutes sortes de variantes.

On ne naît pas assez? c'est possible. Mais à cela, nul remède. C'est un fruit de la civilisation; et rien ne pourra remédier à ce mal, si tant est que ce soit un mal. Nous aimons à penser que tous les savants qui font partie de ce congrès ont contribué dans une large mesure à repeupler la France, autrement ces doléances patriotiques ne peuvent être considérées que comme des exercices de rhéteurs.

Mais on meurt trop ! Là, c'est une autre affaire ; ce sont surtout les enfants qui meurent trop. Et pour empêcher cela, on doit dire et redire qu'il faut élever les enfants au sein, et que, pour ceux qui sont nourris au biberon, il faut toujours user d'une propreté méticuleuse, et quand nous disons *propreté*, nous croyons le terme assez énergique pour exprimer ce qu'on désigne généralement sous le nom un peu plus chirurgical et légèrement prétentieux d'*asepsie*.

Il y a une autre raison encore pour laquelle les enfants meurent trop ; c'est l'alcoolisme paternel et maternel, si commun dans les villes et pas rare dans les campagnes. C'est ce vice que nos législateurs devraient poursuivre, et non seulement dans l'alcool lui-même, mais surtout dans le pourvoyeur de l'alcool, l'*illustre mastroquet* chanté par Richepin, « *le martyr de la soif des faubourgs* ». On a parlé naguère de la limitation du nombre des pharmacies, au nom de l'intérêt général ; il ne serait peut-être pas mauvais d'envisager la limitation du nombre des marchands de vin, au nom du même intérêt général. Mais nos députés, dont les marchands de vins sont les meilleurs courtiers électoraux, ainsi que le disait naguère un confrère, à un autre confrère député, répliqueront par un veto, au nom de la Liberté, immortel principe donton abuse, comme de tous les principes.

Désaffectation de l'hôpital Beaujon. — Il est question au conseil municipal de désaffecter l'hôpital Beaujon dont les terrains seraient vendus ; l'hôpital serait reconstruit dans un quartier plus excentrique. Le bénéfice serait, paraît-il, de 8 millions.

— *Elections.* — M. le Professeur Strauss vient d'être élu membre de l'Académie de médecine dans la section de pathologie médicale.

A la Faculté de médecine, on a procédé à l'élection d'un professeur de pathologie mentale en remplacement de M. Ball. Deux candidats étaient en présence, MM. Joffroy et Ballet. M. Joffroy a obtenu 24 voix et M. Ballet 8 voix.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

La stérilité chez la femme et son traitement médico-chirurgical, par A. Lutaud. (Société d'éditions scientifiques, Paris, 1893. Prix : **3 fr. 50.**)

Ceci est une deuxième édition, ce qui indique que nombre de lecteurs ont déjà fait connaissance avec ce petit livre. Aucun ne paraît s'en être repenti ; il est vrai que lors de la première édition, il n'y avait pas encore de Bérenger pudique. En sera-t-il de même dans les temps moraux que nous traversons, en risquant plus ou moins d'y laisser nos os ? Me sera-t-il permis d'avouer que mon devoir de critique de la *France médicale* a paru m'autoriser à lire... jusqu'au bout... les pages écrites par M. Lutaud. Puis-je confesser que mes yeux, chastes, croyez-le, ne se sont pas, pudiquement, fermés chaque fois qu'une des 47 figures de M. Lutaud montrait son... profil ou sa face, excitant et suggestif. Quel châtiment sera le mien ? Je veux l'ignorer, mais le métier de critique devient très dangereux avec des livres comme celui de M. Lutaud.

Il y a surtout un chapitre IV sur le coït et sur la manière de s'en servir, avec des figures montrant chacune des... positions (je ne me rappelle plus leur nombre) choisies par les conjoints ou présentées à eux par le médecin *conseilleur*. Je ne saurais trop en recommander la lecture aux jeunes mariés dont la chaste inexpérience

Ignora toujours l'art de chatouiller l'esprit
Et de servir à point un dénouement bien cuit.
(Musset).

J'en recommande aussi la lecture aux hommes affaiblis, et qui ne peuvent sans imprudence renouveler trop souvent des expériences inutiles. Ils trouveront des conseils qui les empêcheront de jeter follement « leur poudre aux moineaux ». Il semblerait, après avoir lu, compris, retenu et expérimenté les conseils donnés avec tant de détails qu'il ne reste plus qu'à mettre délibérément sur sa... bannière : « à tous les coups l'on gagne, la rouge ou la noire ».

Le volume envisage (*envisage* est ici un mot français bien improprement appliqué) ensuite les organes génitaux de la femme au point de vue anatomique et physiologique et indique, s'ils sont mal conformés, les moyens médicaux et chirurgicaux d'y remédier. Enfin il se termine par un chapitre sur la fécondation artificielle à laquelle la femme stérile va demander son dernier espoir.

Quel brillant écrivain que M. Lutaud, mais qu'il se défie, M. Bérenger veille et Lozé était son prophète. Son livre n'est écrit que « pour des médecins », nous dit-il dans son introduction, qu'il ne tombe pas sous les yeux d'un profane ; lisons-le « saintement, scientifiquement », mais surtout ne le laissons pas s'égarer sous les yeux non prévenus par des études antérieures. Les médecins n'ont peut-être pas plus le droit de regarder des malades découvertes que les artistes, leurs modèles sans chemise. Mais je m'aperçois que je soulève une question brûlante et révolutionnaire. Je quitte ma plume.

Dr F. Verchère,
Chirurgien de Saint-Lazare.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année N° 30 29 Juillet 1893

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Service militaire des Etudiants.

Chers confrères,

Vous pouvez nous aider à obtenir, puisque la question est ajournée et non tranchée, que, comme le demande M. le professeur Cornil, vos enfants fassent leur service militaire lorsqu'ils seront, à 26 ans, dernière limite, docteurs en médecine.

Dans cette circonstance, vous n'avez pas à invoquer leur intérêt particulier ; vous avez la bonne fortune de n'avoir à alléguer que le bien de l'armée. Qu'on vous accorde, en effet, cette réforme, et, du jour au lendemain, les cadres de l'armée seront, sans dépense à inscrire au budget, pourvus de plus de *quatre cents aides-majors de 2e classe*, parfaitement au courant de leur service spécial qu'ils auront appris pendant les 12 mois de leur service militaire. Si la guerre survenait, tous les étudiants atteints par le sort, seraient versés dans l'armée en qualité d'infirmiers (il en faut plus de 13.000), ou s'ils étaient en 4e ou 5e année d'études, en qualité de médecins auxiliaires.

On a objecté l'apprentissage de la discipline, mais cette discipline s'apprend aussi bien à 26 ans qu'à 18, et jamais on n'a eu, depuis 10 ans, un reproche à adresser aux docteurs qu'on convoque.

Il ne faut donc pas nous abandonner. Il faut, au contraire, faire passer dans l'esprit des 18 sénateurs, membres de la Commission de l'armée, ci-après désignés, la conviction qui vous anime tous.

Nous prions en conséquence, ceux d'entre vous qui connaîtraient d'une façon particulière, les membres de la Commission, de les visiter, de leur exposer les arguments en faveur de la réforme et de nous envoyer des lettres de présentation, afin que nous puissions de notre côté, à la rentrée des Chambres, faire une démarche auprès d'eux.

Voici la liste des sénateurs, membres de la Commission.

MM. Tézenas.— Bardoux.— Maret.— De Verninac.— Benazet.— Levrey.— Général Grévy.— Claris.— Chovet. — Gilbert Gaillard.— Général Billot.— Général Japy.— Berthelot.— Isaac. — Guyot-Lavaline.— Marquis de Carné.— Richard Waddington.— Sébline.

Nous comptons, chers confrères, sur votre activité pour faire aboutir une réforme aussi désirable, réforme qu'entrave nous ne savons quel sentiment de caporalisme égalitaire, au grand détriment des véritables intérêts militaires qui seuls ici sont en jeu.

A. Cézilly.

La loi sur l'exercice de la pharmacie.

Le Conseil de Direction de la Société du Concours médical, en présence du vote par la Chambre des Députés de la proposition de loi sur l'exercice de la pharmacie, a prié M. le Professeur Cornil, sénateur, de vouloir bien soumettre à la Commission sénatoriale, dont il fait partie, les amendements proposés par nos confrères.

Cette proposition ne deviendra vraisemblablement pas caduque, car il est probable que la Commission a déposé, avant la fin de la session, un rapport très concis sans doute, mais suffisant, pour que le Sénat soit saisi d'une manière définitive.

La proposition de loi, absolument défectueuse, doit être profondément modifiée : le Conseil de direction engage donc les membres de la Société du Concours médical à se préoccuper de la question, sans aucun retard et à agir près de leurs sénateurs respectifs, *et de leurs députés*, car ils doivent se souve-

nir que c'est grâce à une agitation de ce genre que le corps médical a eu gain de cause dans la question des Syndicats.

Les communications de nos confrères se suivent du reste rapidement : nous ne pouvons les publier toutes, sans courir le risque de nous répéter, mais nous devons insérer celles qui soulèvent des questions nouvelles.

L'exercice double.

Le projet voté par la Chambre, nous écrit le Dr M..., ne parle plus de l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie, qu'interdisait le texte précédent. Je le regrette, pour ma part, estimant que ce double exercice peut souvent créer les situations les plus fâcheuses comme les plus inextricables.

Jugez-en plutôt:

La commune de F.... où j'exerce ne peut faire vivre un pharmacien — et la preuve c'est que, depuis huit années, il s'en est succédé cinq — les courses sont longues 8, 10, 12 kilomètres et force est presque, au médecin, de faire un peu de pharmacie. Je m'abstenais cependant, sauf dans quelques cas pressés, quand un sieur B..., pharmacien muni d'un diplôme médical, vint s'installer à F.... et ouvertement se mit à exercer la médecine, critiquant mes ordonnances et cherchant à me prendre mes clients. Dans ces conditions, je crus pouvoir être moins strict que par le passé et fis un peu plus de pharmacie.

Or, un soir, dans une commune distante de 7 kil., je rencontrais un individu que je ne connaissais pas et qui vint, à ma voiture, se plaindre d'une colique très violente, insistant pour avoir un médicament aussitôt que possible : je n'avais rien sur moi ; le malade me supplia de lui faire passer une potion le lendemain matin et, comme il devait quitter le pays, il tint à me payer d'avance consultation et potion.

Quelques jours après, le prétendu malade étant un mouchard au service du sieur B..., je recevais assignation du Président du Syndicat des pharmaciens, comme exerçant illégalement la pharmacie, et l'on me réclamait, sans préjudice des condamnations de droit, 3,000 francs de dommages-intérêts.

Par une circonstance fortuite, la citation se trouva être nulle et j'eus le temps de faire désintéresser le Président du syndicat des pharmaciens. B.., resté seul, n'osa plus me poursuivre, mais il s'adressa à toutes les autorités depuis le Préfet jusqu'au Ministre de la justice, qui, en ma qualité de suppléant du Juge de Paix, jugea à propos de m'infliger un blâme.

B.... a quitté F. pour recommencer ailleurs sans doute. Mais voyez ma situation : j'étais journellement attaqué, critiqué — et Dieu sait en quelles formes — par ce personnage qui prétendait me voler ma clientèle et qui, pour arriver à ce résultat, usait de tous les moyens, sans que la loi pût me protéger, et moi j'étais, toujours de par la loi, tenu de lui envoyer toutes mes ordonnances, de lui présenter tous mes malades !

Une telle situation, je le répète, ne peut durer : elle doit être visée par la loi future, et, si l'on ne se décide pas à défendre aux pharmaciens le double exercice, même s'ils sont pourvus d'un diplôme médical, je demande pour le moins qu'on adopte la proposition formulée naguère par le Dr Gassot, qui connaît si bien toutes ces questions :

Si le pharmacien est pourvu d'un diplôme médical, il sera considéré comme un médecin ayant légalement le droit d'exercer la pharmacie. Il pourra tenir officine ouverte, mais ne pourra empêcher les médecins de la localité de fournir des médicaments à leurs clients.

Et puis, M. le Directeur, que pensez-vous de cette amende de 500 à 3,000 fr. qui punit la moindre infraction à la loi ? Si le pharmacien exerce la médecine — et ce ne sera guère possible de le prouver avec la future loi — il pourra être condamné à une amende de 100 à 500 fr. et en cas de récidive de 500 à 1000 fr., tandis que le malheureux médecin qui, par humanité souvent, se laisserait aller à donner la moindre fiole, encourre d'emblée de 500 à 3,000 fr. Est-ce admissible ?

Dr M....

Devons-nous ajouter que nous partageons absolument les idées de notre correspondant et que nous transmettrons sa lettre à M. le Professeur Cornil ?

Nous y joindrons une autre lettre qui ne nous paraît pas moins intéressante:

De l'impossibilité pour le pharmacien d'être poursuivi comme exerçant illégalement la medecine.

Si le malheur voulait que la future loi sur l'exercice de la pharmacie contînt l'article 12 qu'a laissé passer la Chambre des Députés, par ignorance de la question — on sait que nos confrères législateurs dormaient ou étaient absents — les pharmaciens pourraient exercer la médecine, sans jamais craindre la moindre poursuite.

Et je le prouve :

Un client se présente sans ordonnance et demande au pharmacien du *laudanum* (C'est une substance que la loi interdit). Ce dernier se fait expliquer le cas, déclare que le laudanum n'est pas le remède qui convient et serait avantageusement remplacée par tel *liniment calmant*. « Je vais vous donner cela. » — Le client acquiesce, et le pharmacien délivre le liniment sur la demande expresse de l'acheteur.

Le client vient-il, ce qui est le cas le plus fréquent, demander sans spécifier un médicament contre la toux ou la colique dont il souffre ? — Le pharmacien trouvera toujours une potion qui échappera *aux défenses*, ou, dans laquelle, la substance active sera mélangée à tant d'autres, qu'on ne saurait l'y trouver sans une analyse, qui ne sera jamais faite.

S'agira-t-il d'une vieille ordonnance avec laquelle on vient réclamer, au bout d'un temps plus ou moins long, une potion avec digitale, belladone, aconit, etc.... le pharmacien la délivrera sans la moindre hésitation. Et si, par hasard, le médicament figurait sur la liste des substances qui ne peuvent être renouvelées que sur ordonnance nouvelle, il y aura encore moyen de persuader qu'un autre médicament serait plus actif et de délivrer cet autre médicament, toujours sur la demande expresse de l'acheteur.

Mais tous ces conseils, ces discussions sur l'indication du médicament constituent précisément l'exercice de la médecine. — C'est vrai, mais allez donc les saisir, en faire la preuve devant le tribunal ! Un seul fait matériel reste, la délivrance du médicament, et il ne constitue pas de délit !

J. J...

La lettre de notre confrère ne fait-elle pas prévoir ce que serait la conduite de certains pharmaciens, poussés par l'âpre lutte pour la vie ?

On protestera bien haut contre ces capitulations de conscience, qu'on déclarera impossibles en public, mais dont *in petto* on connaîtra parfaitement l'existence.

Nous jugeons indispensable, nous, que le texte de la future loi prévienne même les tentations et mette les choses en leur vraie place, en laissant au seul médecin ce qui incontestablement constitue l'exercice de la médecine.

La loi sur l'Assistance médicale dans les campagnes.

Le Sénat ayant procédé à la seconde délibération du projet de loi sur l'Assistance médicale dans les campagnes et, grâce au rejet de quelques modifications introduites en première lecture, étant revenu au texte voté par la Chambre des députés, la loi se trouve définitivement adoptée et a été promulguée par le *Journal officiel* du 18 juillet.

Nous donnons plus loin à la *Chronique professionnelle* le texte de cette loi.

Les Syndicats médicaux devront s'inspirer des prescriptions qu'elle renferme pour préparer les projets d'organisation dans les départements où il n'existe rien et pour modifier les règlements en vigueur dans les départements déjà pourvus d'un service d'assistance.

Nous pensons, en effet, qu'il est de la plus haute importance que les syndicats fassent œuvre d'initiative et présentent eux-mêmes aux Préfets les projets d'organisation locale. C'est le moyen d'empêcher l'introduction de mesures vexatoires et de faire adopter le système qui convient le mieux au corps médical de chaque région.

Nous espérions pouvoir donner une étude complète sur les questions que soulève le projet de loi et des diverses solutions qui peuvent être proposées. Le temps nous manque malheureusement, car nous apprenons que les Conseils généraux vont être saisis dans leur prochaine session, c'est-à-dire le 21 août.

Il n'y a donc pas un instant à perdre et les Syndicats médicaux doivent se réunir d'urgence.

La circulaire ministérielle explicative va être adressée ces jours-ci aux Préfets, nous ne doutons pas qu'elle soit volontiers communiquée aux délégués des Syndicats si ceux-ci, comme nous le pensons, parviennent à convaincre les autorités locales de leur désir de chercher, d'accord avec elles, l'organisation la plus convenable.

A. Gassot.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement des varices par la ligature et la résection de la Saphène interne.

La fréquence énorme des varices et des ulcères variqueux et la difficulté de leur cure, rendent toujours actuelles les recherches qui concernent leur traitement.

M. *Cordebart*, dans une récente thèse, préconise un procédé, qui, entre des mains habiles, paraît appelé à un grand avenir.

C'est la ligature avec résection partielle de la saphène interne.

C'est une opération bénigne, sous le couvert de l'antisepsie, d'un manuel opératoire assez simple, praticable dans la plupart des cas, procurant non seulement la guérison des ulcères, mais prévenant même leur récidive.

Le manuel opératoire est le suivant :

On place une bande d'Esmarch sur le membre à opérer. La partie inférieure de la face interne de la cuisse est rasée avec soin, puis savonnée et lavée au sublimé et enfin passée à l'éther.

Ligne d'incision. — D'abord on explorera avec soin la face interne de la cuisse et on verra une ligne ombrée de un à deux centimètres d'épaisseur indiquant le passage de la saphène interne. Sur cette ligne on fera une incision de 12 centimètres environ et arrivant à 4 ou 5 doigts au-dessus de l'interligne articulaire du genou.

Sur l'extrémité supérieure et sur l'extrémite inférieure de la veine on passe une ligature au catgut, en respectant les nerfs avec soin.

On saisit alors l'extrémité supérieure de la veine que l'on coupe au-dessous de la ligature et on la dissèque jusqu'en bas. A mesure que l'on descend, il se présente quelques collatérales d'une certaine importance qu'on doit lier au catgut également.

Lorsqu'on a ainsi disséqué et libéré tout le segment de veine compris entre les deux ligatures il ne reste plus qu'à donner un dernier coup de ciseaux pour enlever tout ce segment.

Enfin, on fait la suture de la peau et on applique un pansement iodoformé.

La septicémie et ses victimes.

De nos jours, grâce aux pratiques antiseptiques, la septicémie est devenue une affection extrêmement rare, et cependant, à quelques semaines de distance à peine, deux de nos distingués confrères viennent de périr victimes de cette fatale maladie.

L'un, jeune, plein d'ardeur pour la science, Emile Blanc ; l'autre, âgé, fatigué par une attaque d'influenza, et par de nombreux travaux professionnels, Festraerts, de Liége.

Voici en quelques mots ces deux histoires lamentables :

« Un jour du mois de mai, vers 8 heures du matin, Emile Blanc, de Lyon, pratiqua, chez une de ses malades atteinte d'accidents puerpéraux, l'extraction des débris placentaires. Il n'avait à ce moment aucune blessure apparente, aucune excoriation visible, si ce n'est vers la rainure latéro-unguéale de l'index gauche une dénudation en apparence insignifiante, occupant un point très limité. Il ne s'aperçut même de cette petite déchirure épidermique, de cette « envie », que lorsqu'il se sentit gravement malade. Il éprouva alors à ce niveau une légère douleur que la pression augmentait. Quarante-huit heures après le début des accidents, la douleur avait disparu, et localement, on ne trouvait aucun signe d'une lésion inflammatoire.

« Le même jour, à deux heures de l'après-midi, six heures environ après le contact suspect, il éprouva tout à coup une douleur très vive dans l'aisselle correspondante. Cette douleur intense, qui fut le phénomène initial, devait bientôt s'accroître encore, et par sa seule acuité, éveiller déjà de grandes inquiétudes. La main, l'avant-bras, le bras restaient indemnes. Pas la plus petite rougeur cutanée, pas la moindre traînée angioleucitique ne révélaient une infection locale qui, d'emblée, frappait le creux axillaire.

« A quatre heures, deux heures après l'apparition de la douleur dans l'aisselle, éclatèrent des phénomènes généraux. Ce fut d'abord un frisson, pas très violent, mais des sensations de froid, des horripilations continues, pendant une à deux heures, puis des nausées, des vomissements qui devaient, à intervalles plus ou moins longs, persister pendant les deux premiers jours.

« E. Blanc ressentait, en même temps, un malaise indéfinissable, une sensation de prostration, d'anéantissement qui ne lui laissait pas de doute sur la gravité de son état.

« Il jugea immédiatement qu'il était frappé à mort. A ce moment, sous le coup d'une dépression générale profonde, accablé par la souffrance, il se couchait pour ne plus se relever.

« Après quatre jours de souffrances horribles et une grave opération de débridement, Emile Blanc succomba le sixième jour après l'infection. »

Festraerts, depuis un an environ, s'était fait pratiquer une série d'injections de Brown-Séquard, qui lui avaient fait du bien, prétendait-il.

Dernièrement il avait été atteint de l'influenza, dont il s'était remis lentement.

Cette maladie, et l'affaissement qui en avait été la suite, l'avaient vraisemblablement placé dans une situation peu favorable de *minoris resistentiæ*.

Il voulut reprendre les injections ; en dépit du conseil de son médecin, qui trouvait le liquide trouble et jugeait imprudent de s'en servir dans l'état où il se trouvait, notre confrère persista dans sa résolution.

Le soir même de cette malheureuse injection, Festraerts se sentit tellement bien qu'il alla, comme d'habitude, prendre sa bouteille de vin de pays au faubourg et plaisanta à propos des terreurs manifestées par son médecin.

Mais le lendemain, il ressentit de la douleur à l'endroit de la piqûre ; du gonflement et de la rougeur se montrèrent. On se borna à appliquer des cataplasmes de farine de lin. C'est seulement le 5e jour que le médecin fut rappelé et entreprit un traitement antiseptique énergique.

Un phlegmon diffus envahit le membre inférieur ; on fit des ouvertures et des contre-ouvertures, on draina. La forte constitution de notre ami parut pendant quelques jours devoir triompher de toutes les graves complications dont il était atteint. Malheureusement des symptômes généraux d'intoxication septique se déclarèrent et l'issue fatale ne put être conjurée.

Voilà deux faits bien instructifs pour chacun de nous ; l'antisepsie absolue eût évité certainement ces deux désastres.

MÉDECINE PRATIQUE

Diagnostic et traitement de l'angine diphthérique.

Ce sujet, bien des fois traité, est cependant encore entièrement à refaire presque chaque année, tant les recherches sont nombreuses et tant la sagacité, toujours féconde, des cliniciens et des thérapeutes est tenue en éveil par cet ardu problème.

Les études de Roux et Yersin, de Bourges et de Wurtz, de Martin, etc., ont surabondamment montré que toutes les angines à fausses membranes n'étaient pas diphthériques; qu'un très grand nombre de malades considérés, autrefois, comme diphthériques, n'étaient atteints que d'angines à microbes mixtes (streptocoques, staphylocoques et pneumocoques, etc.) et qu'ainsi les traitements, applicables aux uns ne pouvaient l'être aussi efficacement pour d'autres. La caractéristique actuelle de l'angine diphthérique est d'être produite par le bacille de Lœffler et d'être le plus souvent suivie de paralysies localisées ou généralisées engendrées par les toxines de ce microbe. Mais comment reconnaître ces caractères de laboratoire au lit du malade ? Allons-nous faire des cultures de membranes de chacun de nos clients atteints d'angine, allons-nous les examiner au microscope, et les inoculer à des animaux ? C'est le seul moyen de diagnostic scientifique, mais il paraît peu pratique. Avec M. Jules Simon, nous avons dit, dans un précédent article (1), que, pour plus de sûreté, il valait mieux considérer toutes les angines à points blancs comme diphthériques et les traiter comme telles, que de s'exposer à de graves erreurs de pronostic, fort préjudiciables aux clients et encore plus à la réputation du médecin.

Nous voulons essayer aujourd'hui avec M. Marfan, de l'hôpital des Enfants malades, de faire un diagnostic raisonné et clinique de l'angine diphthérique vraie de Lœffler, sans nous servir du microscope et des cultures, avec les seules données objectives que l'on peut observer sur le malade lui-même.

I.

Diagnostic.

Avant de discuter ce diagnostic, nous tenons à affirmer de plus en plus notre opinion, que le diagnostic, absolument certain, ne peut être fait qu'avec les cultures et le microscope.

Au point de vue clinique pur, on doit distinguer, aujourd'hui, seulement deux types d'angines blanches : 1° *L'angine folliculaire* ou à points blancs cryptiques, amygdalienne ; et 2° *l'angine pseudo-membraneuse*, avec membranes blanc grisâtre, adhérentes ou non adhérentes, encadrées d'un bourrelet de muqueuse rouge, enflammée. Or, la bactériologie a pleinement démontré que beaucoup d'angines pseudo-membraneuses sont dues au bacille de Lœffler, mais aussi, que quelques angines folliculaires peuvent être dues au même microbe.

Cependant ces dernières sont rarement dans ce cas, de telle sorte que l'on peut dire avec M. Marfan : « En général, toute amygdalite folliculaire peut être regardée comme non diphthérique, à condition de surveiller le malade de très près. On doit chercher à réaliser une antisepsie bucco-pharyngée très rigoureuse, — on nettoie les amygdales avec la glycérine phéniquée au 1/40, on fait gargariser et rincer la bouche toutes les 2 heures avec une solution phéniquée à 2/1000, et pour soi-même, on prend les mêmes précautions que s'il s'agissait d'une angine contagieuse.»

Si l'angine est pseudo-membraneuse, il faut établir une distinction capitale: l'angine est-elle *primitive* ou *secondaire* ? Survenue en pleine santé, ou consécutive à la scarlatine, à la rougeole, à la syphilis, à la fièvre typhoïde ?

« Si l'angine pseudo-membraneuse est *primitive*, n'hésitez pas à la considérer comme étant de nature diphthérique. Il est démontré, en effet, que dans la majorité des cas, les angines pseudo-membraneuses primitives sont dues au

(1) *Concours médical*, 1892, pages 459, 506.

bacille, et que dans un très petit nombre de cas seulement, elles sont dues au streptocoque, au staphylocoque, au pneumocoque, au coccus de Roux et Yersin, ou enfin à l'herpès guttural. Donc, en considérant toute angine pseudo-membraneuse primitive comme étant de nature diphtérique, vous n'avez qu'un petit nombre de chances de vous tromper ; et dans le cas exceptionnel où vous commettrez une erreur, et où, pour une angine non diphthérique, vous instituerez la prophylaxie et le traitement, comme pour une angine diphthérique, vous ne porterez en somme préjudice à personne.

« Une des plus grandes difficultés du diagnostic est la distinction nette de l'angine herpétique et de l'angine diphthérique. Cette difficulté paraît complètement résolue dans les traités classiques, et c'est à Lasègue que l'on attribue le mérite d'avoir bien indiqué les caractères différentiels. On dit que la couenne herpétique a des contours polycycliques, et qu'elle est entourée d'un liseré rouge ; qu'autour d'elle, on peut voir souvent des vésicules de nouvelle éruption. Mais ces caractères très utiles, lorsqu'ils sont réunis, ou lorsqu'ils sont nettement marqués, peuvent faire défaut. Lasègue pensait que l'on pouvait néanmoins établir le diagnostic en cherchant à enlever la fausse membrane. En faisant cette petite opération, on constaterait d'abord que la couenne herpétique ne pénètre pas dans les cryptes de l'amygdale, contrairement aux autres pseudo-membranes ; et, en second lieu, à l'orifice des cryptes restées libres, protégées en quelque sorte par la couenne qui passe au-dessus d'elles, sans les pénétrer, on pourrait distinguer des traces de vésicules herpétiques.

« Enfin Lasègue insistait beaucoup sur le mode de début de l'angine herpétique : elle commence brusquement, par un frisson violent et unique, par une grosse fièvre, une céphalalgie si marquée qu'elle va parfois jusqu'au délire, une courbature généralisée très intense ; mais ces symptômes généraux ne sont pas toujours aussi nettement accentués. »

Ces distinctions si précises ne sont qu'artificielles ; dans la pratique, la plupart du temps, le diagnostic est impossible.

« En résumé, comme dit M. Marfan, si l'on songe que l'angine herpétique est une maladie assez rare, surtout dans l'enfance, on comprend mieux encore la règle de pratique que j'énonçais tout à l'heure : une angine pseudo-membraneuse primitive doit être considérée comme étant de nature diphthérique.

M. Jaccoud a montré dernièrement, dans une leçon clinique de l'hôpital de la Pitié, que l'angine pseudo-membraneuse, primitive, pouvait aussi être de nature pneumococcique. L'angine pseudo-membraneuse, à pneumocoque, peut être distinguée facilement par le microscope, mais cliniquement, l'évolution même de la maladie peut suffire pour faire naître quelques soupçons sur la véritable nature de l'angine. L'angine à pneumocoques débute *brusquement*, par un grand frisson, très violent, avec une élévation rapide de la température. La fièvre atteint dès le début 41° et tombe brusquement du 3e au 6e jour, comme une sorte de fièvre pneumonique. Rien de semblable, dans l'angine diphthérique.

Les angines pseudo-membraneuses *secondaires* sont rarement diphthériques. Il faut cependant faire quelques réserves.

Dans la scarlatine, l'angine peut être *précoce ou tardive* ; or les angines blanches précoces de la scarlatine, bien que revêtant quelquefois une apparence grave, guérissent ordinairement au moment où l'éruption s'efface ; et la bactériologie a prouvé qu'elles ne sont presque jamais dues au bacille, mais qu'elles sont causées presque toujours par les streptocoques. Aussi, au point de vue pratique, vous pouvez considérer l'*angine pseudo-membraneuse précoce de la scarlatine* comme n'étant pas de nature diphthérique.

C'est tout le contraire pour l'*angine pseudo-membraneuse tardive de la scarlatine*, pour celle qui survient après l'effacement de l'éruption, ou pendant la convalescence ; et, au point de vue pratique, vous devez considérer l'angine pseudo-membraneuse tardive de la scarlatine comme une angine diphthérique, d'ailleurs fort grave.

Dans la syphilis, l'angine pseudo-membraneuse primaire ou secondaire est ordinairement causée par le streptocoque (Bourges et Boulloche), et exceptionnellement par le bacille de Loeffler.

Dans la rougeole, les angines pseudo-membraneuses sont généralement de nature streptococcienne, quoiqu'autrefois on ait considéré la diphthérie comme une complication fréquente de la rougeole. Il en est de même des angines blanches de la fièvre typhoïde. Toutefois, la bacille de Loeffler peut se rencontrer dans quelques-unes de ces angines tardives de la rougeole et de la dothiénentérie (Boulloche, Catrin).

En résumé :

I. L'amygdalite folliculaire n'est généralement pas de nature diphthérique.

II. L'angine pseudo-membraneuse primitive doit être considérée comme étant de nature diphthérique, abstraction faite des cas fort rares où le diagnostic d'angine herpétique et d'angine à pneumocoques peut être établi sur des signes de certitude.

III. Les angines pseudo-membraneuses précoces de la scarlatine ne sont presque jamais diphthériques.

IV. Les angines pseudo-membraneuses tardives de la scarlatine sont presque toujours diphthériques.

V. Les angines pseudo-membraneuses qui viennent compliquer un chancre primitif de l'amygdale ou des plaques muqueuses de la gorge ne se sont pas montrées, jusqu'ici, comme étant de nature diphthérique.

Il ne faut pas se dissimuler l'insuffisance de ces notions ; elles sont souvent impuissantes à lever le doute.

Il est certain que, dans le doute, il vaut mieux faire comme nous l'avons déjà conseillé : considérer l'angine, comme diphthérique.

Les mêmes difficultés de diagnostic se rencontrent quelquefois dans le cas d'angines phlegmoneuses avec exsudats et dans celui d'angines gangréneuses. Mais la diphthérie s'accompagne, beaucoup plus rarement, de *trismus*, que l'amygdalite phlegmoneuse et les plaques noirâtres de sphacèle, accompagnées d'ulcérations sont exceptionnelles dans la diphthérie et caractéristiques de l'angine gangréneuse.

Le diagnostic est plus simple quand il s'agit d'angines diphthériques hypertoxiques ; mais

aussi, que peut le traitement contre ces épouvantables empoisonnements ?

II

Traitement.

Nous ne pouvons pas avoir l'intention de faire un chapitre complet de traitement de l'angine diphthérique. Ce serait une énumération beaucoup trop longue, et sans aucun profit pour personne. Qui ne sait que tout a été essayé contre la diphthérie ? et qui ne sait que tous les innovateurs ont cru avoir trouvé le meilleur remède de cette maladie? Il vaut beaucoup mieux nous arrêter aux traitements les plus modernes et les plus éclectiques, que l'on expérimente en ce moment, afin de permettre à tous de juger promptement la question par eux-mêmes.

En règle générale, toute angine diphthérique, maligne d'emblée, ne peut guérir quel que soit le traitement employé. Toute angine diphthérique bénigne guérit d'elle-même, sans traitement spécial. Le seul but que doive poursuivre le médecin, c'est d'empêcher, autant que possible, une angine bénigne primitivement, de devenir maligne secondairement, et, si cela est possible, de rendre par une vaccination l'homme réfractaire à l'envahissement de la maladie.

Dans le premier ordre d'idées, on sait que les lavages fréquents de la gorge et les applications *locales phéniquées* sont les préparations qui paraissent avoir eu le plus de succès à leur actif.

Le badigeonnage phéno-camphré de Gaucher, quoiqu'assez douloureux, passe pour être le meilleur topique employé jusqu'ici.

Rappelons la formule de la mixture Gaucher:

Camphre	20 grammes.
Huile de ricin	15 —
Alcool à 90	10 —
Acide phénique	5 —
Acide tartrique	1 —

Les membranes, enlevées *doucement* avec un tampon d'ouate antiseptique bien sec, sont lavées par une irrigation chloralée, boriquée, phéniquée faible à 1/1000, et cautérisées avec la mixture phéniquée.

L'acide salicylique nous paraît presque aussi efficace que l'acide phénique ; voici la formule de M. Hayem :

Acide salicylique	15 grammes.
Alcool	75 —
Glycérine	125 —

Et celle de M. J. Simon :

Acide salicylique	1 gramme.
Alcool	q. s.
Glycérine	40 —
Infusion d'eucalyptus	60 —

Le *phénol sulforiciné* de Berlioz et Yvon, à 20 pour 100 a donné d'excellents résultats comme topique.

Dans ces derniers temps, le *pétrole*, employé déjà autrefois, semble prendre de nouveau une place importante dans le traitement de la diphtérie. Nous avons publié les observations de M. le Dr *Taillefer*, de Châteauneuf, dans le n° 28 du *Concours*, et bien d'autres faits, antérieurs ou postérieurs, confirment la véritable utilité des badigeonnages d'huile de pétrole sur les fausses membranes.

Enfin, on emploie depuis quelques mois à l'hôpital Trousseau dans le service des diphthériques une substance ou plutôt un mélange indiqué par M. Berlioz, de Grenoble, sous le nom de STÉRISOL.

La formule qu'il a communiquée à l'Académie, est la suivante :

Gomme purifiée, très soluble dans l'alcool	270 gr.
Benjoin purifié, entièrement soluble dans l'alcool	10 —
Baume de Tolu	10 —
Acide phénique cristallisé	100 —
Essence de cannelle de Chine	6 —
Saccharine	6 —
Alcool q. s. pour faire un litre.	

Des expériences ont montré le pouvoir bactéricide de ce composé. Le phénol, qui est la partie active, ne s'évapore complètement, de la couche de vernis, qu'au bout de vingt-quatre heures.

Ce vernis est parfaitement adhérent aux muqueuses et à la peau. Il a donné de meilleurs résultats encore que le phénol sulforiciné.

En somme, tous ces topiques peuvent neutraliser complètement la culture du bacille de Lœffler dans le pharynx et, par suite, empêcher l'extension de la maladie et son aggravation.

Mais dans l'ordre d'idées de la vaccination antidiphthérique et de l'immunisation, peut-être pourrait-on obtenir de plus beaux succès.

Behring, il y a quelques mois, a publié un travail considérable, sur le traitement préventif et curatif du tétanos et de la diphthérie, par le sérum du sang d'animaux immunisés contre ces maladies.

A cette époque, les expériences relatives à l'application de cette méthode à l'homme diphthérique, n'étaient encore qu'ébauchées; et Behring attendait de posséder toute la technique de la sérothérapie diphthérique, pour en annoncer les résultats.

Cela est fait aujourd'hui, du moins partiellement. (*Deutsch. Med. Woch.*, nos 17-18.)

Le sérum d'animal (mouton) immunisé contre la diphthérie, additionné de 0,6 pour 100 d'acide phénique, est absolument inoffensif quand on l'injecte à l'homme avec toutes les précautions d'antisepsie nécessaires ; voilà un premier point établi formellement par les nombreuses expériences cliniques de Henoch et Hubner.

Second point : Ce sérum est un véritable spécifique de la diphthérie, il la prévient et la guérit.

Mais ce ne sont là que des données qualitatives. Les données quantitatives, c'est-à-dire l'obtention d'un sérum immunisant, actif, capable d'être efficace, *à petites doses*, était ce qu'il fallait surtout chercher.

Behring est arrivé à la conclusion suivante, à la suite de nombreuses expériences : on empêche la mort d'un cobaye intoxiqué avec 8 centimètres cubes de virus diphthérique ancien, quand, un quart d'heure avant l'inoculation de ce virus, on injecte, en un autre point, une partie de sérum normal pour 100 parties du poids de l'animal.

De ces expériences sur les animaux, il fallait passer à la pratique sur l'homme, d'autant que des inoculations avec un sérum immunisant bien moins actif, avaient donné déjà des résultats bien plus favorables que toutes les thérapeutiques de la diphthérie, la trachéotomie y comprise.

Behring a donc fait pratiquer des injections de sérum normal immunisant, aux doses relatives précédentes, chez 30 enfants dont la diphthérie était reconnue bactériologiquement. De ces 30 enfants, 24 guérirent, ce qui donne une léthalité de 20 pour 100, de beaucoup inférieure à 50 pour 100, chiffre fourni par toutes les statistiques contemporaines.

De même, de 11 enfants diphthériques, traités par Kossel à l'institut bactériologique de Berlin, au moyen du sérum immunisant normal (sérum de chien, Wernicke ; sérum de mouton, Behring), il en mourut 2 seulement ; la mortalité fut donc de 18 pour 100.

Les doses de sérum employé ont varié entre 20 et 50 centimètres cubes ; certains ont été guéris avec 20 centimètres cubes seulement.

Voilà des résultats autrement merveilleux que ceux obtenus avec les meilleurs topiques préconisés jusqu'ici (1) ; de nouvelles tentatives sont nécessaires pour fixer cette méthode vraiment scientifique, avant de la faire entrer dans le domaine de la pratique courante.

En attendant, bornons-nous à un traitement antiseptique local énergique et surtout à une prophylaxie stricte et rigoureuse.

La désinfection des vêtements, linges, objets, literie, locaux ayant servi aux diphthériques est une mesure indispensable que devrait consacrer la loi.

L'isolement est absolument nécessaire, non seulement pendant la maladie, mais encore pendant toute la convalescence qui doit être comptée largement, 60 à 70 jours après le début de la maladie.

Tout enfant atteint notoirement de diphthérie ne devrait pas réintégrer l'école avant 2 mois ; encore serait-il sage de le soumettre pendant toute sa convalescence à une antisepsie bucco-pharyngée bien complète (Bard).

Tant que la prophylaxie ne sera pas une loi, et tant que l'idée de l'hygiène indispensable ne sera pas inculquée aux masses de la population, ce sera une tâche ingrate pour le médecin que de la prescrire ; c'est pourtant son devoir, car c'est le plus sûr moyen de diminuer le nombre des foyers contagieux et la virulence des germes, si ce moyen ne peut les détruire complètement.

Dr Paul HUGUENIN.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Loi sur l'Assistance médicale dans les campagnes.

Extrait du Journal officiel du 18 Juillet 1893.

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE Ier

ORGANISATION DE L'ASSISTANCE MÉDICALE.

Art. 1er. Tout Français malade, privé de ressources, reçoit gratuitement de la commune, du département ou de l'Etat, suivant son domicile de secours, l'assistance médicale à domicile ou, s'il y a impossibilité de le soigner utilement à domicile, dans un établissement hospitalier.

Les femmes en couches sont assimilées à des malades.

Les étrangers malades privés de ressources, seront assimilés aux Français toutes les fois que le Gouvernement aura passé un traité d'assistance réciproque avec leur nation d'origine.

Art. 2. — La commune, le département ou l'Etat peuvent toujours exercer leur recours, s'il y a lieu, soit l'un contre l'autre, soit contre toutes personnes, sociétés ou corporations tenues à l'assistance médicale envers l'indigent malade, notamment contre les membres de la famille de l'assisté désignés par les articles 205, 206, 207, 212 du code civil.

Art. 3.—Toute commune est rattachée pour le traitement de ses malades à un ou plusieurs des hôpitaux les plus voisins.

Dans le cas où il y impossibilité de soigner utilement un malade à domicile, le médecin délivre un certificat d'admission à l'hôpital. Ce certificat doit être contresigné par le président du bureau d'assistance ou son délégué.

L'hôpital ne pourra réclamer à qui de droit le remboursement des frais de journée qu'autant qu'il représentera le certificat ci-dessus.

Art. 4. — Il est organisé dans chaque département, sous l'autorité du préfet et suivant les conditions déterminées par la présente loi, un service d'assistance médicale gratuite pour les malades privés de ressources.

Le conseil général délibère dans les conditions prévues par l'article 48 de la loi du 10 août 1871 :

1° Sur l'organisation du service de l'assistance médicale, la détermination et la création des hôpitaux auxquels est rattaché chaque commune ou syndicat de communes ;

2° Sur la part de la dépense incombant aux communes et au département.

Art. 5. — A défaut de délibération du conseil général sur les objets prévus à l'article 49 de la loi du 10 août 1871, il peut être pourvu à la réglementation du service par un décret rendu dans la forme des règlements d'administration publique.

TITRE II

DOMICILE DE SECOURS

Art. 6. — Le domicile de secours s'acquiert :

1° Par une résidence habituelle d'un an dans une commune postérieurement à la majorité ou à l'émancipation ;

2° Par la filiation. L'enfant a le domicile de secours de son père. Si la mère a survécu au père, ou si l'enfant est un enfant naturel reconnu par sa mère seulement, il a le domicile de sa mère. En cas de séparation de corps ou de divorce des époux, l'enfant légitime partage le domicile de l'époux à qui a été confié le soin de son éducation ;

3° Par le mariage. La femme, du jour de son mariage, acquiert le domicile de secours de son mari. Les veuves, les femmes divorcées ou séparées de corps, conservent le domicile de secours antérieur à la dissolution du mariage ou au jugement de séparation.

Pour les cas non prévus dans le présent article, le domicile de secours est le lieu de la naissance jusqu'à la majorité ou à l'émancipation ;

Art. 7. — Le domicile de secours se perd :

1° Par une absence ininterrompue d'une année postérieurement à la majorité ou à l'émancipation ;

Par l'acquisition d'un autre domicile de secours.

Si l'absence est occasionnée par des circonstances excluant toute liberté de choix de séjour ou par un traitement dans un établissement hospitalier situé en dehors du lieu habituel de résidence du malade, le délai d'un an ne commence à courir que du jour où ces circonstances n'existent plus.

(1) *Médecine Moderne*, 1893, page 532.

Art. 8. — A défaut de domicile de secours communal, l'assistance médicale incombe au département dans lequel le malade privé de ressources aura acquis son domicile de secours.

Quand le malade n'a ni domicile de secours communal, ni domicile de secours départemental, l'assistance médicale incombe à l'Etat.

Art. 9. — Les enfants assistés ont leur domicile de secours dans le département au service duquel ils appartiennent, jusqu'à ce qu'ils aient acquis un autre domicile de secours.

TITRE III

BUREAU ET LISTE D'ASSISTANCE.

Art. 10. — Dans chaque commune, un bureau d'assistance assure le service de l'assistance médicale.

La commission administrative du bureau d'assistance est formée par les commissions administratives réunies de l'hospice et du bureau de bienfaisance, ou par cette dernière seulement quand il n'existe pas d'hospice dans la commune.

A défaut d'hospice ou de bureau de bienfaisance, le bureau d'assistance est régi par la loi du 21 mai 1873 (articles 1 à 5), modifiée par la loi du 5 août 1879, et possède, outre les attributions qui lui sont dévolues par la présente loi, tous les droits et attributions qui appartiennent au bureau de bienfaisance.

Art. 11. — Le président du bureau d'assistance a le droit d'accepter, à titre conservatoire, des dons et legs et de former, avant l'autorisation, toute demande en délivrance.

Le décret du Président de la République ou l'arrêté du préfet qui interviennent ultérieurement ont effet du jour de cette acceptation.

Le bureau d'assistance est représenté en justice et dans tous les actes de la vie civile par un de ses membres que ses collègues élisent, à cet effet, au commencement de chaque année.

L'administration des fondations, dons et legs qui ont été faits aux pauvres ou aux communes, en vue d'assurer l'assistance médicale, est dévolue au bureau d'assistance.

Les bureaux d'assistance sont soumis aux règles qui régissent l'administration et la comptabilité des hospices, en ce qu'elles n'ont rien de contraire à la présente loi.

Art. 12. — La commission administrative du bureau d'assistance, sur la convocation de son président, se réunit au moins quatre fois par an.

Elle dresse, un mois avant la première session ordinaire du conseil municipal, la liste des personnes qui, ayant dans la commune leur domicile de secours, doivent être, en cas de maladie, admises à l'assistance médicale, et elle procède à la révision de cette liste un mois avant chacune des trois autres sessions.

Le médecin de l'assistance ou un délégué des médecins de l'assistance, le receveur municipal et un des répartiteurs désignés par le sous-préfet, peuvent assister à la séance avec voix consultative.

Art. 13. — La liste d'assistance médicale doit comprendre nominativement tous ceux qui seront admis au secours, lors même qu'ils sont membres d'une même famille.

Art. 14. — La liste est arrêtée par le conseil municipal, qui délibère en comité secret : elle est déposée au secrétariat de la mairie.

Le maire donne avis du dépôt par affiches aux lieux accoutumés.

Art. 15. — Une copie de la liste et du procès-verbal constatant l'accomplissement des formalités prescrites par l'article précédent est en même temps transmise au sous-préfet de l'arrondissement.

Si le préfet estime que les formalités prescrites par la loi n'ont pas été observées, il défère les opérations, dans les huit jours de la réception de la liste, au conseil de préfecture, qui statue dans les huit jours et fixe, s'il y a lieu, le délai dans lequel les opérations annulées seront refaites.

Art. 16. — Pendant un délai de vingt jours à compter du dépôt, les réclamations en inscription ou en radiation peuvent être faites par tout habitant ou contribuable de la commune.

Art. 17. — Il est statué souverainement sur ces réclamations, le maire entendu ou dûment appelé, par une commission cantonale composée du sous-préfet de l'arrondissement, du conseiller général, d'un conseiller d'arrondissement dans l'ordre de nomination et du juge de paix du canton.

Le sous-préfet ou, à son défaut, le juge de paix préside la commission.

Art. 18. — Le président de la commission donne, dans les huit jours, avis des décisions rendues au sous-préfet et au maire, qui opèrent sur la liste les additions ou les retranchements prononcés.

Art. 19. — En cas d'urgence, dans l'intervalle de deux sessions, le bureau d'assistance peut admettre provisoirement, dans les conditions de l'article 12 de la présente loi, un malade non inscrit sur la liste.

En cas d'impossibilité de réunir à temps le bureau d'assistance, l'admission peut être prononcée par le maire, qui en rend compte, en comité secret, au conseil municipal dans sa plus prochaine séance.

Art. 20. — En cas d'accident ou de maladie aiguë, l'assistance médicale des personnes qui n'ont pas le domicile de secours dans la commune où s'est produit l'accident ou la maladie incombe à la commune, dans les conditions prévues à l'article 21, s'il n'existe pas d'hôpital dans la commune.

L'admission de ces malades à l'assistance médicale est prononcée par le maire, qui avise immédiatement le préfet et en rend compte, en comité secret, au conseil municipal dans sa plus prochaine séance.

Le préfet accuse réception de l'avis et prononce dans les dix jours sur l'admission aux secours de l'assistance.

Art. 21. — Les frais avancés par la commune en vertu de l'article précédent, sauf pour les dix premiers jours de traitement, sont remboursés par le département d'après un état régulier dressé conformément au tarif fixé par le conseil général.

Le département qui a fourni l'assistance peut exercer son recours contre qui de droit. Si l'assisté a son domicile de secours dans un autre département, le recours est exercé contre le département, sauf la faculté pour ce dernier d'exercer à son tour son recours contre qui de droit.

Art. 22. — L'inscription sur la liste prévue à l'article 12 continue à valoir pendant un an, au regard des tiers, à partir du jour où la personne inscrite a quitté la commune, sauf la faculté pour la commune de prouver que cette personne n'est plus en situation d'avoir besoin de l'assistance médicale gratuite.

Art. 23. — Le préfet prononce l'admission aux secours de l'assistance médicale des malades privés de ressource et dépourvus d'un domicile de secours communal.

Le préfet est tenu d'adresser, au commencement de chaque mois, à la commission départementale ou au ministre de l'intérieur, suivant que l'assistance incombe au département ou à l'Etat, la liste nominative des malades ainsi admis pendant le mois précédent aux secours de l'assistance médicale.

TITRE IV

SECOURS HOSPITALIERS

Art. 24. — Le prix de journée des malades placés dans les hôpitaux aux frais des communes, des départements ou de l'Etat est réglé, par arrêté du préfet, sur la proposition des commissions administratives de ces établissements, et après avis du conseil général du département, sans qu'on puisse imposer un prix de journée inférieur à la moyenne

du prix de revient constaté pendant les cinq dernières années.

Art. 25 — Les droits résultant d'actes de fondations, des édits d'union ou de conventions particulières sont et demeurent réservés.

Il n'est pas dérogé à l'article 1er de la loi du 7 août 1851.

Tout les lits dont l'affectation ne résulte pas des deux paragraphes précédents ou qui ne seront pas reconnus nécessaires aux services des vieillards ou incurables, des militaires, des enfants assistés et des maternités, seront affectés au service de l'assistance médicale.

TITRE V

DÉPENSES, VOIES ET MOYENS

Art. 26. — Les dépenses du service de l'assistance médicale se divisent en dépenses ordinaires et dépenses extraordinaires :

Les dépenses ordinaires comprennent :

1° Les honoraires des médecins, chirurgiens et sages-femmes du service d'assistance à domicile ;

2° Les médicaments et appareils;

3° Les frais du séjour des malades dans les hôpitaux.

Ces dépenses sont obligatoires. Elles sont supportées par les communes, le département et l'État, suivant les règles établies par les articles 27, 28 et 29.

Les dépenses extraordinaires comprennent les frais d'agrandissement et de constructions d'hôpitaux.

L'Etat contribuera à ces dépenses par des subventions dans la limite des crédits votés.

Chaque année, une somme sera à cet effet inscrite au budget.

Art. 27. — Les communes dont les ressources ordinaires inscrites à leur budget seront insuffisantes pour couvrir les frais de ce service sont autorisées à voter des centimes additionnels aux quatre contributions directes ou des taxes d'octroi pour se procurer le complément des ressources nécessaires.

Les taxes d'octroi votées en vertu du paragraphe précédent seront soumises à l'approbation de l'autorité compétente, conformément aux dispositions de l'article 137 de la loi du 5 avril 1884.

La part que les communes seront obligées de demander aux centimes additionnels ou aux taxes d'octroi ne pourra être moindre de 20 p. 100 ni supérieure à 90 p. 100 de la dépense à couvrir, conformément au tableau A ci-annexé.

Art. 28. — Les départements, outre les frais qui leur incombent de par les articles précédents, sont tenus d'accorder aux communes qui auront été obligées de recourir à des centimes additionnels ou à des taxes d'octroi, des subventions d'autant plus fortes que leur centime sera plus faible, mais qui ne pourront dépasser 80 p. 100 du produit de ces centimes additionnels ou taxes d'octroi conformément au tableau A précité

En cas d'insuffisance des ressources spéciales de l'assistance médicale et des ressources ordinaires de leur budget, ils sont autorisés à voter des centimes additionnels aux quatre contributions directes dans la mesure nécessitée par la présente loi.

Art. 29.— L'Etat concourt aux dépenses départementales de l'assistance médicale par des subventions aux départements dans une proportion qui variera de 10 à 70 p. 100 du total de ces dépenses couvertes par des centimes additionnels et qui sera calculée en raison inverse de la valeur du centime départemental par kilomètre carré, conformément au tableau B ci annexé.

L'État est en outre chargé :

1° Des dépenses occasionnées par le traitement des malades n'ayant aucun domicile de secours ;

2° Des frais d'administration relatifs à l'exécution de la présente loi.

TITRE VI

DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

Art. 30. — Les communes, les départements, les bureaux de bienfaisance et les établissements hospitaliers possédant, en vertu d'actes de fondations, des biens dont le revenu a été affecté par le fondateur à l'assistance médicale des indigents à domicile, sont tenus de contribuer aux dépenses du service de l'assistance médicale jusqu'à concurrence dudit revenu, sauf ce qui a été dit à l'article 25.

Art. 31. — Tous les recouvrements relatifs au service de l'assistance médicale s'effectuent comme en matière de contributions directes.

Toutes les recettes du bureau d'assistance pour lesquels les loi et les règlements n'ont pas prévu un mode spécial de recouvrements s'effectuent sur les états dressés par le président.

Ces états sont exécutoires après qu'ils ont été visés par le préfet ou le sous-préfet.

Les oppositions, lorsque la matière est de la compétence des tribunaux ordinaires, sont jugées comme affaires sommaires, et le bureau peut y défendre sans autorisation du conseil de préfecture.

Art. 32. — Les certificats, significations, jugements, contrats, quittances et autres actes faits en vertu de la présente loi et exclusivement relatifs au service de l'assistance médicale, sont dispensés du timbre et enregistrés gratis lorsqu'il y a lieu à la formalité de l'enregistrement, sans préjudice du bénéfice de la loi du 22 janvier 1851 sur l'assistance judiciaire.

Art. 33. — Toutes les contestations relatives à l'exécution soit de la délibération du conseil général prise en vertu de l'article 4, soit du décret rendu en vertu de l'article 5, ainsi que les réclamations des commissions administratives relatives à l'exécution de l'arrêté préfectoral prévu à l'article 24, sont portées devant le conseil de préfecture du département du requérant et, en cas d'appel, devant le conseil d'Etat.

Les pourvois devant le conseil d'Etat dans les cas prévus au paragraphe précédent sont dispensés de l'intervention de l'avocat.

Art. 34. — Les médecins du service de l'assistance médicale gratuite ne pourront être considérés comme inéligibles au conseil général ou au conseil d'arrondissement à raison de leur rétribution sur le budget départemental.

Art. 35. — Les communes ou syndicats de communes qui justifient remplir d'une manière complète leur devoir d'assistance envers leurs malades peuvent être autorisés par une décision spéciale du ministre de l'intérieur, rendue après avis du conseil supérieur de l'assistance publique, à avoir une organisation spéciale.

Art. 36. — Sont abrogées les dispositions du décret-loi du 24 vendémiaire an II, en ce qu'elles ont de contraire à la présente loi.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 15 juillet 1893.

CARNOT.

Par le Président de la République :

Le président du conseil,
ministre de l'intérieur,

CH. DUPUY.

Le garde des sceaux, ministre de la justice,

E. GUÉRIN.

Le ministre des finances,

P. PEYTRAL

TABLEAU A

Servant à déterminer la part de dépense à couvrir par les communes au moyen des ressources extraordinaires (centimes additionnels et taxes d'octroi) et le montant de la subvention qui doit leur être allouée pour l'assistance médicale gratuite, eu égard à la valeur du centime additionnel.

VALEUR DU CENTIME	PORTION de la dépense à couvrir	
	par les communes au moyen des ressources extraordinaires	par le département au moyen de ses subventions et de celles de l'Etat
Au-dessous de 20 fr.......	20 p. 100	80 p. 100
De 20 fr. 01 à 40 fr.......	25 —	75 —
De 40 fr. 01 à 60 fr.......	30 —	70 —
De 60 fr. 01 à 80 fr.......	35 —	65 —
De 80 fr. 01 à 100 fr.......	40 —	60 —
De 100 fr. 01 à 200 fr	50 —	50 —
De 200 fr. 01 à 300 fr.......	60 —	40 —
De 300 fr. 01 à 600 fr.......	70 —	30 —
De 600 fr. 01 à 900 fr.......	80 —	20 —
De 900 fr. 01 et au-dessus...	90 —	10 —

TABLEAU B

Servant à déterminer le montant de la subvention qui doit être allouée par l'Etat aux départements pour leur part dans les frais de l'assistance médicale, eu égard à la valeur du centime départemental par kilomètre carré.

VALEUR DU CENTIME par kilomètre carré.	COEFFICIENT de subvention de l'Etat	DÉPENSE à couvrir par le département
Au-dessous de 2 fr.......	70 p. 100	30 p. 100
De 2 fr. 01 à 2 fr. 50......	65 —	35 —
De 2 fr. 51 à 3 fr..........	60 —	40 —
De 3 fr. 01 à 3 fr. 50......	55 —	45 —
De 3 fr. 51 à 4 fr..........	50 —	50 —
De 4 fr. 01 à 4 fr. 75......	45 —	55 —
De 4 fr. 76 à 6 fr..........	40 —	60 —
De 6 fr. 01 à 9 fr..........	30 —	70 —
De 9 fr. 01 à 15 fr..........	20 —	80 —
Au-dessus de 15 fr..........	10 —	90 —

BULLETIN DES SYNDICATS

Exercice par les médecins militaires.

17 juillet 93.

Très Honoré Confrère,

Vous vous souvenez sans doute, du Dr T... médecin-major, à P. depuis deux ans, et, autrefois médecin des cuirassiers à N... Ce confrère avait commencé un cabinet à N..., où il venait régulièrement, les jeudis et dimanches toute la journée, sans parler des voyages faits dans la semaine, dans notre localité, à 80 kil. de la garnison.

Le Syndicat écrivit deux lettres à M. Dujardin-Beaumetz, sans recevoir de réponse; l'affaire fut portée devant la réunion générale des Syndicats, par notre délégué, le Dr Puy-le-Blanc, et, à la suite de nos plaintes, et de celles des confrères d'autres villes, parut la circulaire du directeur du service de santé.

Je ne sais si M. T... a reçu cette circulaire; mais, après un répit de quelques jours, le voici revenu dans nos murs, où les jours de foires et de marchés, son cabinet fonctionne, comme par le passé. Jeudi dernier, jour de foire, il a reçu, au moins, 15 à 20 malades. Je dois ajouter, qu'à P... il continue à faire de la médecine, avec une telle intensité, qu'il s'est payé un coupé, exclusivement destiné à faire la clientèle civile.

C'est, vous l'avouerez, une interprétation assez bizarre de la circulaire, qui, pour moi, est lettre morte, et, pour M. T... aussi. J'estime qu'il ne sera pas mauvais de raconter le fait dans le *Concours médical*, afin que tous mes confrères sachent bien le fonds qu'ils peuvent faire sur les circulaires.

Car, véritablement, un chef de service, qui, deux fois la semaine, abandonne son poste, de 8 heures du matin à 11 heures du soir, sans parler des cas imprévus, ne le ferait pas, s'il ne se sentait soutenu.

Je n'ai pas besoin d'insister sur la situation précaire et ridicule, que ces faits nous créent à N..., où les beaux jours de M. T... sont complètement revenus.

Dans l'espoir que vous voudrez bien accueillir favorablement cette communication, agréez, etc.

Dr PILLET,
Président du Syndicat des Deux-Sèvres.

P. S. J'écris en même temps au Dr Porson pour lui signaler la chose.

Syndicat médical de la Vienne

26 *octobre* 1892.

Présents : MM. Pouliot, *Président*, Auché, Buffet-Delmas, Brossard, Berland, Blanchon, Bléhée, Bernard, Chédevergne, Chrétien, Chargelègue, Dupont, Descubes, Dorvau, Dilly, Faure, Guilhaud, Guillon, Granger, Jablonski, Junin, Lusseau, Litardière de Lussac, Litardière de Vivonne, Maillard, Ponteil, Piorry de Saint-Georges, Piorry de Verrières, Périvier, Raguit, Roland et Violet.

Après l'adoption du procès-verbal de la précédente séance, M. *Buffet-Delmas*, trésorier, prend la parole pour exposer la situation de la Caisse, qui est approuvée par l'Assemblée.

L'admission de M. le Dr Houpert, d'Usson, est votée à l'unanimité des membres présents.

Déontologie.

Le Dr *Chrétien*, syndic du Cercle de Poitiers, annonce que dans la séance du 22 septembre dernier, tous les membres du Cercle ont décidé qu'on n'irait plus en consultation avec le Dr X..., médecin militaire, qui n'observe envers ses confrères civils aucune des règles de la déontologie médicale.

Dans la même séance, le Cercle a eu à s'occuper d'un différend survenu entre deux confrères au sujet du remplacement de l'un d'eux par un étudiant en médecine. En présence de l'intention formelle de l'un des confrères de dénoncer l'étudiant à la justice comme exerçant illégalement la médecine, M. le Dr *Pouliot* fait remar-

quer que la nouvelle loi sur la médecine admet ces remplacements.

Dans ces conditions, le Cercle, après avoir entendu les deux parties, émet l'avis qu'un médecin ne doit pas porter plainte contre un élève, qui exerce la médecine en remplacement d'un confrère, sans en avoir référé au Syndicat, le fait étant consacré par l'usage. Il décide, de plus, que si la plainte est portée, il fera tout son possible pour empêcher les poursuites.

Le Syndicat accepte les conclusions du Cercle de Poitiers.

Assemblée de l'Union.

M. le Président donne ensuite lecture d'une lettre de convocation de l'Union des Syndicats médicaux pour une réunion générale qui doit avoir lieu le 27 novembre 1892, à Paris.

Le Syndicat nomme pour le représenter à cette réunon les Drs Pouliot et Guillon et le Dr Chrétien comme suppléant.

L'exercice de la médecine civile par les médecins militaires.

M. le Dr *Chrétien* donne lecture d'un article paru dans le *Bulletin Médical*: l'auteur, tout en faisant ressortir que légalement le médecin militaire peut faire de la clientèle civile, reconnaît que cette pratique est susceptible de nombreuses objections.

1° Il y a un principe de haute administration, et nous dirons volontiers de haute morale, qui défend non seulement à tout officier, mais à tout fonctionnaire, de se livrer au commerce. Or, le médecin faisant clientèle doit payer patente et est, par cela même, rangé parmi les commerçants.

2° Avec les occupations si multiples qui incombent aux médecins militaires, on se demande comment ils peuvent, sans négliger leur service, faire face aux exigences d'une clientèle tant soit peu nombreuse.

3° Enfin, il est incontestable que le médecin militaire a besoin d'être libre de toute attache pécuniaire avec les habitants de sa résidence pour pouvoir exercer, non seulement avec indépendance, mais aussi sans être effleuré par la suspicion, son métier si délicat d'expert médical. Qu'un des clients du médecin militaire soit réformé pour une affection qui n'est pas visible pour le vulgaire, immédiatement on parlera de favoritisme, de complaisance intéressée. Cette situation ne peut que compromettre la bonne réputation du médecin et celle du corps de santé.

Quant aux praticiens qui auraient à subir une concurrence de la part des médecins militaires, ils doivent, d'après l'auteur de l'article, faire le nécessaire pour que les confrères militaires faisant de la clientèle civile soient tenus de prendre une patente. De cette façon, ils rentreront dans le droit commun, et l'autorité militaire pourra, si elle désire le savoir, par une enquête d'une simplicité élémentaire, s'informer quels sont les officiers du corps de santé qui exercent au civil.

Le Syndicat décide qu'on écrira au Contrôleur pour faire appliquer la patente au Dr X..., médecin militaire, qui fait ostensiblement de la clientèle civile à Poitiers et qu'une plainte sera portée contre lui près du directeur du service de santé.

Service médical gratuit.

M. le Dr *Guilhaud* lit le rapport sur cette question. Il dit qu'en 1891 les dépenses ont été de 26,207 fr. et les recettes de 20,305 fr., ce qui fait un déficit de 5,904 fr.

Il reconnaît avec le Dr Roland, dont il approuve le rapport, que ce déficit est dû:

1° A l'augmentation du nombre des malades par l'influenza;

2° A un vice de fonctionnement de l'œuvre, dû aux maires qui, dans certaines communes, au lieu de donner des bulletins individuels, comme le prescrit le règlement, ont donné des bulletins avec noms de famille, sans prénoms; de sorte que, grâce à cette petite supercherie, plusieurs membres de la famille sont soignés, alors qu'un seul figure au budget des recettes;

3° A l'abus commis par les malades, en appelant plusieurs médecins à l'insu des uns et des autres.

Après avoir signalé ces causes de déficit, le Dr Guilhaud est d'avis qu'il est utile de porter à 3 francs le prix à payer par tête d'indigents inscrits sur les listes. Il termine sa communication en parlant du vote de crédit supplémentaire émis par le Conseil Général de la Vienne et en donnant connaissance du vœu suivant du Cercle Syndical de Civray:

« Le Cercle Syndical de Civray, convaincu de l'excellence de l'œuvre en principe, émet le vœu que:

1° Le service de la médecine gratuite des indigents soit obligatoire pour toutes les communes en faveur de tous les indigents;

2° Que la dépense du service soit payée pour le département, par les communes imposées d'office à cet effet d'un centime sur les quatre contributions, et par un prélèvement de tant par cent sur le revenu des bureaux de bienfaisance.

M. le Dr *Guillon* dit que la multiplicité des visites des malades, à plusieurs médecins, est la principale cause du déficit, et que c'est pour cela que le Conseil Général a voté que tout indigent inscrit devra, au commencement de l'année, déclarer le médecin qu'il veut prendre; il ajoute que l'inscription d'une famille sur une seule feuille est aussi une grande cause de déficit, les inscriptions n'étant pas individuelles.

C'est au corps médical, dit-il, d'empêcher les abus faits par certaines municipalités, en demandant l'inscription nominative, sur une feuille séparée, de chaque membre d'une famille indigente. Il est d'avis de demander au Conseil Général d'imposer aux Communes l'inscription exacte de chaque membre d'une famille reconnue indigente.

Il répond ensuite au Dr Guilhaud que le Conseil Général n'a pas le droit d'imposer un centime additionnel aux Communes: on ne peut mettre qu'un centime départemental.

M. le Dr *Guilhaud* demande alors que ce soient les pouvoirs publics qui imposent un centime aux Communes.

Le Syndicat médical de la Vienne émet l'avis suivant: On demandera au Conseil général que, lorsqu'une famille sera considérée comme indigente par les municipalités, tous les membres de cette famille soient inscrits nominativement sur les listes.

Le Dr Guilhaud demande la nomination d'une Commission pour étudier la question de l'Assistance médicale des indigents. Cette proposition est adoptée et les Drs Pouliot, Brossard, Guilhaud, Buffet-Delmas, Guillon, Chrétien, Roland, Berland, Chargelègue, Dorvau, Litardière de Vivonne, Guillé, Jablonski et Amirault sont nommés membres de cette Commission, qui se réunira le 18 novembre prochain.

Cotisations payées au trésorier de l'Union pour 1893.

Syndicat de Caen	54 fr.
» de Douai	70 »
» de la Vallée de la Meuse	62 »
» des Deux Sèvres	86 »
» de la Mayenne	64 »
» d'Avesnes	64 »
» de Bordeaux (suburbain) (solde 1890-91-92)	78 »

M. MAURAT.

REPORTAGE MÉDICAL

Le Conseil supérieur d'instruction publique a clos sa session et adopté plusieurs projets de décret que nous allons publier incessamment; nous commencerons par le plus pressé : *Les conditions exigées des officiers de santé, en vue de l'obtention du diplôme de docteur en médecine.*

— *L'agrégation-carrière.* — Une campagne se poursuit, depuis quelque temps, pour transformer l'agrégation, qui n'est actuellement qu'un cul-de-sac, sauf pour quelques privilégiés, en une carrière véritable.

Les agrégés des Facultés de médecine de province viennent d'adresser à M. le Directeur de l'Enseignement supérieur le vœu suivant :

« L'agrégation des Facultés de médecine pourrait devenir une carrière, soit par la prorogation habituelle, subordonnée à l'avis favorable du conseil de la Faculté intéressée, avis confirmé par les professeurs de la section correspondante de toutes les Facultés, et approuvé par le conseil supérieur de l'Instruction publique, et demandent en outre l'application de l'article 40 du décret du 28 décembre 1885 relatif à la nomination des professeurs adjoints.

« Le renouvellement de l'agrégation serait assuré par la titularisation des agrégés, devenant professeurs, à la suite des vacances des chaires magistrales ; par la nomination au titre de professeur adjoint, et enfin par les décès et démissions possibles. »

— *Les médecins des paquebots.* — Un confrère nous écrit :

A l'entrée de l'hiver certaines Compagnies demandent des Médecins pour aller au *Brésil*, charmant voyage, etc. On y va et on tombe en pleine épidémie de fièvre jaune, à Santos, où on fait séjourner le bateau pendant trois semaines pour charger du café. Cela m'est arrivé.

Une Compagnie a perdu 7 médecins en deux campagnes. Un fait : J'ai eu la fièvre jaune. Transporté à l'hôpital, j'ai repris la chambre du Dr J. Il était guéri de la fièvre jaune ; je suis reparti sur un autre bateau en remplacement du Dr D., mort de la fièvre jaune. Mon cas n'est pas une exception extraordinaire.

Une Compagnie ne déclare jamais aux naïfs, qu'elle prend, qu'il y a de la fièvre jaune et qu'on séjournera longtemps dans le foyer.

Recevez, etc.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3812. — M. le Dr ROSIERS, de Castelnau-d'Auzan (Gers), présenté par M. le Dr Lecombe, de Gabarret (Landes).

N° 3813. — M. le Dr ROLLAND, de Toulouse, membre de l'Association des médecins des Hautes-Pyrénées.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs de VILLARTAY père, de Vitré (I.-et-V.) ; LEDRU, de Clermont-Ferrand, membres du Concours médical.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ECOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

La stérilité chez la femme et son traitement médico-chirurgical, par A. LUTAUD. (Société d'éditions scientifiques, Paris, 1893. Prix : **3 fr. 50.**)

Ceci est une deuxième édition, ce qui indique que nombre de lecteurs ont déjà fait connaissance avec ce petit livre. Aucun ne paraît s'en être repenti ; il est vrai que lors de la première édition, il n'y avait pas encore de Bérenger pudique. En sera-t-il de même dans les temps moraux que nous traversons, en risquant plus ou moins d'y laisser nos os ? Me sera-t-il permis d'avouer que mon devoir de critique de la *France médicale* a paru m'autoriser à lire... jusqu'au bout... les pages écrites par M. Lutaud. Puis-je confesser que mes yeux, chastes, croyez-le, ne se sont pas, pudiquement, fermés chaque fois qu'une des 47 figures de M. Lutaud montrait son... profil ou sa face, excitant et suggestif. Quel châtiment sera le mien ? Je veux l'ignorer, mais le métier de critique devient très dangereux avec des livres comme celui de M. Lutaud.

Il y a surtout un chapitre IV sur le coït et sur la manière de s'en servir, avec des figures montrant chacune des... positions (je ne me rappelle plus leur nombre) choisies par les conjoints ou présentées à eux par le médecin *conseilleur*. Je ne saurais trop en recommander la lecture aux jeunes mariés dont la chaste inexpérience

Ignora toujours l'art de chatouiller l'esprit
Et de servir à point un dénouement bien cuit.
(MUSSET).

J'en recommande aussi la lecture aux hommes affaiblis, et qui ne peuvent sans imprudence renouveler trop souvent des expériences inutiles. Ils trouveront des conseils qui les empêcheront de jeter follement « leur poudre aux moineaux ». Il semblerait, après avoir lu, compris, retenu, et expérimenté les conseils donnés avec tant de détails, qu'il ne reste plus qu'à mettre délibérément sur sa... bannière : « à tous les coups l'on gagne, la rouge ou la noire ».

Le volume envisage (*envisage* est ici un mot français bien improprement appliqué), ensuite les organes génitaux de la femme au point de vue anatomique et physiologique et indique, s'ils sont mal conformés, les moyens médicaux et chirurgicaux d'y remédier. Enfin il se termine par un chapitre sur la fécondation artificielle à laquelle la femme stérile va demander son dernier espoir.

Quel brillant écrivain que M. Lutaud, mais qu'il se défie, M. Bérenger veille et Lozé était son prophète. Son livre n'est écrit que « pour des médecins »; nous dit-il dans son introduction, qu'il ne tombe pas sous les yeux d'un profane ; lisons-le « saintement, scientifiquement », mais SURTOUT ne le laissons pas s'égarer sous les yeux non prévenus par des études antérieures. Les médecins n'ont peut-être pas plus le droit de regarder des malades découvertes que les artistes, leurs modèles sans chemise. Mais je m'aperçois que je soulève une question brûlante et révolutionnaire. Je quitte ma plume.

Dr F. VERCHÈRE,
Chirurgien de Saint-Lazare.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Une circulaire du Ministre de l'Intérieur aux Préfets, annonce que la mise à exécution de la loi sur l'Assistance médicale est renvoyée à 1895.

Les Conseils généraux ne seront donc pas saisis des projets d'organisation à la prochaine session.

A. Gassot.

Réorganisation des études médicales.

Dans ses séances des 28 et 29 juin la section permanente du *Conseil supérieur de l'instruction publique* a adopté un projet qui, accepté par toutes les facultés de médecine, moins celle de Paris, et par toutes les facultés des sciences, sans exception (cela n'est pas étonnant, 300 fr. pour les frais d'étude de l'année sont une bonne aubaine !), réorganise les études médicales. Ce projet de décret a été ratifié, par le conseil supérieur de l'instruction publique. Nous en publierons le texte.

Il n'est pas fait pour nous réjouir.

Pour étudier la médecine, il faudra produire le *Diplôme de Bachelier de l'enseignement secondaire classique.* On sait ce qu'il coûte d'argent et de temps. On va y adjoindre un second Baccalauréat qu'on appellera *Certificat d'études physiques, chimiques et naturelles* et ce Baccalauréat se passera devant les facultés des sciences ; il coûtera une année et 300 fr. aux privilégiés, ceux qui ne subiront aucun échec, et ce nouveau Baccalauréat, sur des matières déjà apprises au collège, consacrées par le 1er diplôme, ne sera nullement médical. Ce n'est pas tout en ce qui concerne ces sciences accessoires. Elles seront encore professées dans les facultés, puisque, au 4e de doctorat, on demandera aux candidats de prouver qu'ils les possèdent.

A 18 ans le 1er baccalauréat. A 19, le 2e. A 20, le service militaire. A 21, jusqu'à 26, les études médicales proprement dites, 5 examens, la thèse et 1,305 fr. à verser qui, joints aux 300 fr., porteront à *huit millions deux cent cinquante mille francs* le taux payé par les cinq cents étudiants reçus chaque année, docteurs en médecine.

Nous parlons des privilégiés qui n'auront ni maladies, ni ajournements.

D'autre part, les facultés n'ont pas eu un représentant pour aller, *en leur nom*, demander au Sénat la réforme *Cornil*, réclamée pour le bien de l'armée. M. le Doyen de la faculté de Paris, qui seul proteste contre la nouvelle réorganisation, avait une belle occasion de rendre un signalé service. Elle se retrouvera.

La réorganisation ne durera pas ; elle est impraticable ; elle dégoûtera des études médicales, alors que, d'autre part, on se plaint de l'insuffisance des médecins civils et militaires. Elle ne fera qu'accroître cette pénurie ; ses effets désastreux ne seront combattus que par une idée absolument fausse, répandue dans les familles ; à savoir, que le fils de la maison, s'il embrasse la carrière médicale, outre l'avantage de ne faire qu'une année de service militaire, sera moins exposé que les autres au feu de l'ennemi. Les familles médicales savent que la mortalité médicale est plus élevée que la mortalité commune de l'armée et comme elles sont le plus puissant facteur de notre recrutement, elles ne consulteront que les difficultés qu'on multiplie à plaisir pour empêcher le médecin de faire de son fils un médecin.

Qui nous aide ? que font les corps constitués, les facultés, les Académies, pour appuyer nos demandes les plus légitimes ? que font les députés-médecins, quand on discute les lois médicales ? A deux reprises, lorsque la loi sur la phar-

macie est venue en discussion, pas un ne s'est levé pour repousser les articles inacceptables.

On donne au médecin toutes les charges : Protection de la santé publique (inspection des écoles, vaccination, déclaration des maladies contagieuses, etc., etc.) ; médecine publique, *au rabais* ; sociétés de secours mutuels, *au rabais* ; service militaire inepte : apprendre, pendant un an, le maniement d'un fusil dont la convention de Genève interdit l'usage. On accroît, il y a 4 jours, la patente des plus riches, quand aucun médecin ne devrait la payer ; outre les impôts communs, il paye celui de son cheval et de sa voiture, qualifiés de luxe. — On lui interdit de se coaliser contre l'Etat, contre les communes et, pour leurs débuts, on impose les jeunes médecins, dont l'armée a un besoin absolu, de plus de huit millions, pour prix de leur diplôme.

Quand la mesure sera-t-elle comble, quand les médecins comprendront-ils qu'ils n'ont qu'une ressource, celle que nous leur prêchons depuis 1881 : l'association syndicale ? M. le professeur *Cornil* est le premier qui, en France, ait donné son appui, sans réserve, aux syndicats médicaux, créés par le *Concours médical*. Nous tenterons de convaincre nos chefs que, s'isoler de ce mouvement, indispensable au bien de la profession, est une grave erreur. Nous verrons s'ils continueront à rester sous leur tente !

A. Cézilly.

LA SEMAINE MÉDICALE

Diagnostic différentiel d'une douleur abdominale chez la femme.

Dans la clientèle, on est appelé quotidiennement à résoudre ce problème ardu.

Rien de plus banal : une femme accuse des douleurs abdominales, récidivantes et de longue durée. Elle consulte et, le plus souvent, avec l'idée obsédante d'une affection utérine.

L'insistance d'une telle malade, chacun l'avoue, est parfois trop suggestive. Elle peut, on en a cité des exemples, conduire à des interventions opératoires dont certains chirurgiens sont prodigues, à en juger par les récents débats de la Société de chirurgie sur les douleurs pelviennes post-opératoires. Au médecin de décider par la précision de son diagnostic pathogénique et différentiel.

La douleur abdominale est *pariétale*, *pelvienne*, *névralgique* ou *extra-pelvienne*. Voilà le point de départ clinique et banal à l'aide duquel on s'orientera dans cette exploration diagnostique.

Première question : la sensation pénible que la malade accuse, est-elle une *douleur pariétale* ?

Dans l'affirmative, elle a pour origine la faiblesse des parois abdominales, la distension ou la fatigue musculaire ou une sensibilité individuelle excessive. Comme caractères : persistance extrême, localisation indécise et provocation seulement, dans la station debout ou pendant les efforts de la marche. Jusque-là, rien que de simple.

Persiste-t-elle, cependant, dans le décubitus dorsal ou malgré le repos ? On soupçonnera les viscères et l'utérus ; on les explorera.

Si cette exploration attentive fait constater leur intégrité ; plus de doutes ; par élimination, on s'arrêtera au diagnostic de douleur musculaire en rapport avec l'anémie ou la neurasthénie. Donc, au point de vue pratique, il y a urgence d'*examiner dans la station debout* et *le décubitus dorsal*, toute malade accusant ce symptôme.

Deuxième question : il s'agit d'une *douleur pelvienne*. Ici encore, deux cas. Cette douleur est-elle *inflammatoire* ou *congestive* et causée par une métrite chronique, la salpingite, l'ovarite, une périmétrite, la congestion ou un déplacement de l'utérus ? Profonde, rémittente, atténuée, mais non abolie par le décubitus, elle aura son foyer aux lombes ou dans le bas-ventre. Voilà pour ses caractères.

Elle sera localisée.

La zone de la *douleur ovarienne* se trouve, on le sait, au voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure ; celle d'une *douleur utérine* à l'hypogastre ou au sacrum. L'acte vénérien et la menstruation l'augmentent.

Dépend-elle de la contracture du muscle utérin ? Cette *douleur de contracture* est paroxystique ; ses crises durent une minute au plus et sont suivies de périodes de rémission absolue. Un clinicien anglo-saxon, qui en a donné une bonne description, Hermann, remarque que le décubitus ne la modifie point ; c'est la douleur abdominale du fibrome ou d'une crise de dysménorrhée.

Troisième question. On soupçonne une *douleur névralgique*. Celle-ci est indépendante de la position debout ou couchée de la malade et en rapport avec un état morbide général : anémie, neurasthésie, névropathie, etc. Elle s'améliore et s'aggrave en raison, cela se comprend, des vicissitudes et de l'évolution de cet état morbide. Elle est intermittente, n'accompagne point des troubles viscéraux ou fonctionnels susceptibles d'en donner raison, mais s'associe ou alterne avec d'autres douleurs névralgiques diversement localisées sur diverses régions. Bref, c'est une douleur rémittente et mobile, caractère commun aux diverses manifestations du nervosisme.

Quatrième question. On suppose une *douleur extra-pelvienne* et on est disposé à mettre en cause le foie, l'intestin, l'estomac et le rein ?

L'hypothèse d'une colique hépatique ne paraît point légitime. La douleur qui l'accompagne est vive, épigastrique, paroxystique, suivie de rémission en rapport avec le cheminement du calcul biliaire et accompagnée de nausées ou de vomissements.

Dans les coliques intestinales, la douleur siège à l'ombilic sur le trajet des côlons ascendant, transverse ou descendant ; le décubitus dorsal ne l'atténue point ; l'expulsion de gaz ou la défécation la diminuent.

Existe-t-il une douleur intestinale par adhérence de l'S iliaque et consécutivement à une péritonite pelvienne ? Cette douleur accompagne le cheminement du bol fécal dans cette portion de l'intestin ; elle est donc transitoire, précédant la défécation et cessant après cet acte. Comment la confondre avec des douleurs abdominales, pelviennes ou pariétales ?

Il suffit, pour mémoire, de mentionner les *douleurs stomacales* : celles de la dyspepsie, de l'ul-

cère, du cancer et de la gastralgie. L'ingestion des aliments calme les secondes et augmente les premières ; elle ne modifie jamais les douleurs d'origine vraiment abdominale.

Est-il relativement aussi aisé de différencier ces dernières avec les *douleurs rénales* ?

La douleur de la colique néphrétique est violente, paroxystique et souvent accompagnée de vomissements. Les urines contiennent du sang ou des graviers. A défaut d'une expulsion de ces corps étrangers retenus dans l'uretère, on pratiquera la palpation qui fait constater, symptôme révélateur, le gonflement et la sensibilité exagérée de l'un des reins.

Une cause d'erreur, cependant, que M. Herman signale, après Duncan, consiste dans une sensibilité exagérée de cet organe, en l'absence de pyélite, de calculs, ou de lésions inflammatoires. Elle est en rapport, d'après ces observateurs, avec le degré extrême de concentration de l'urine, l'irritation causée par le passage de cette dernière à travers le filtre rénal et, ajoutent-ils, des dépôts cristallins de sels urinaires dans les conduits excréteurs. Pour la faire disparaître, il suffit, (moyen à la fois de diagnostic et de traitement), de faire ingérer en abondance des boissons délayantes et diurétiques.

L'urologie microscopique et chimique permet de distinguer la douleur de la néphrite chronique et de la pyélite ; ici encore, possibilité d'un diagnostic précis.

Quant à la douleur du rein mobile, avec étranglement, obstacle à la circulation, ou congestion, elle est aiguë, dure quelques jours et disparaît avec la cause même de l'accident.

Ainsi donc, le diagnostic des douleurs abdominales est affaire de tact clinique. Les auteurs classiques s'y arrêtent peu ! Pourquoi ? C'est un tort.

(*Revue de Cliniq. et de Thérapeutique.*)

Traitement médical de l'ovarite chronique.

La Semaine médicale indique la ligne de conduite suivante dans le traitement de l'ovarite chronique :

La première mesure à prendre en présence d'un cas d'ovarite chronique consiste à prescrire un repos prolongé au lit. La malade doit rester alitée des semaines, des mois, si possible. Parfois les douleurs ovariennes disparaissent ou s'amendent notablement au bout d'un mois du séjour au lit ; mais souvent il faut, pour obtenir ce résultat, huit à dix semaines et parfois même de trois à six mois. Il est évident que ce repos absolu et prolongé est souvent impraticable chez les malades de la classe laborieuse, pour lesquelles on devra généralement se contenter d'un repos relatif.

Une seconde mesure très importante aussi visera la constipation habituelle si fréquente dans l'ovarite chronique. Cette constipation sera combattue par l'usage systématique des purgatifs. Comme les drastiques (aloès, coloquinte, séné, etc.) peuvent augmenter l'hyperémie ovarienne, on aura soin de les éviter et on s'adressera à l'huile de ricin ou aux sels neutres. M. Winternitz recommande surtout le mélange ci-dessous formulé :

Sulfate de soude...............	15 grammes.
Soufre lavé..................	5 —
Sucre pulvérisé................	20 grammes.
Essence de menthe...........	Q. S.

Mêlez. — A prendre : une cuillerée à café dans un verre d'eau ou dans du pain à chanter, au coucher.

On peut employer aussi les lavements évacuants ou bien la glycérine en suppositoires. Mais lorsqu'il existe des exsudats dans le cul-de-sal de Douglas, les lavements provoquent de fortes douleurs et sont par conséquent contre-indiqués dans ce cas.

Des compresses humides recouvertes d'une étoffe imperméable (compresse de Priessnitz), appliquées sur le ventre pendant la nuit et aussi pendant le jour, si la malade reste au lit, sont également utiles.

On peut faire encore des onctions sur l'abdomen avec l'un des mélanges ci-dessous formulés :

Ichthyol..................	àâ 15 gram.
Lanoline..................	

Mêlez. — Usage externe.

Sulfo-ichthyolate d'ammonium...	2 grammes.
Savon vert........................	20 —

Mêlez. — Usage externe.

Concurremment avec l'usage de ces moyens externes, on instituera un traitement vaginal, qui consistera en injections, en scarifications du col et en applications médicamenteuses.

Pour les injections, on se servira d'eau chaude fortement salée. Ainsi que l'a montré une expérience déjà longue à la clinique gynécologique de Tubingue, ce moyen employé systématiquement exerce une action puissante sur les exsudats pelviens et les inflammations péri-utérines dont il amène la résorption. La malade prend deux injections vaginales par jour. Elle emploie pour chaque injection un litre d'eau dans lequel elle fait dissoudre une à deux cuillerées à bouche de sel de cuisine. La température du liquide varie, suivant la tolérance de la malade, de 32° à 40°. Dans les cas de pertes blanches et d'ectropion du col, on peut remplacer, pour un certain temps, l'eau salée par une solution d'alun (une cuillerée à café pour un litre d'eau).

Des scarifications du col seront pratiquées à l'approche des règles ; elles procurent souvent un soulagement immédiat et diminuent la perte menstruelle.

Pour les applications médicamenteuses sur le col et le vagin, on se sert presque exclusivement d'ichthyol à la clinique de M. von Saexinger.

Deux fois par semaine on badigeonne avec de l'*ichthyol pur* le col et les parois vaginales, on introduit ensuite dans le vagin un tampon imbibé de glycérine ichthyolée à 10 ou 20 0/0. Au bout de vingt-quatre heures, la malade retire le tampon et prend une injection vaginale tiède. L'action calmante et décongestionnante de ces applications d'ichthyol serait considérable.

Lorsque, comme cela arrive souvent, l'ovarite est compliquée d'endométrite, on fait dans le canal cervical et dans la cavité utérine (si l'orifice interne du canal cervical est perméable), des applications de glycérine ichthyolée à 10 ou 20 0/0 au moyen de la sonde de Playfair.

Les métrorrhagies et les ménorrhagies seront combattues au moyen du seigle ergoté. Le tam-

ponnement à la gaze iodoformée est rarement nécessaire.

Contre des crises douloureuses, on pourra essayer tout d'abord les suppositoires ainsi formulés :

Ichthyol .... 0 gr. 05 centigr.
Beurre de cacao .... 2 grammes.

Mêlez. — Pour un suppositoire. Faites six suppositoires semblables.

Introduire plusieurs suppositoires dans les vingt-quatre heures.

Ce moyen réussit souvent à calmer la douleur. Mais, souvent aussi, l'action analgésique de l'ichthyol est insuffisante ou bien ce médicament n'est pas toléré par le rectum. Dans ces cas, on est obligé de prescrire les lavements laudanisés (10 à 20 gouttes de laudanum par lavement) ou des suppositoires contenant 0 gr. 01 centigr. de morphine.

Un traitement général sera institué suivant les indications particulières de chaque cas (anémie, troubles nerveux, etc.). Le régime alimentaire sera reconstituant et tonique. Les rapports sexuels seront interdits immédiatement avant, pendant et après la période menstruelle.

Enfin, dans les cas où il existe une rétro-déviation de l'utérus accompagnée d'abaissement des ovaires, les pessaires pourront être utiles. Toutefois, ce moyen doit être essayé avec prudence et seulement après qu'on aura obtenu, par les moyens indiqués plus haut, une sédation suffisante des phénomènes douloureux et inflammatoires.

Ce traitement, employé avec persévérance, a souvent donné à MM. von Sazinger et Winternitz d'excellent résultats. Il est vrai qu'ils ont rarement obtenu des guérisons complètes, mais les améliorations ont été fréquentes et souvent telles que les malades ont pu, après plusieurs années d'incapacité absolue de travail, reprendre leurs occupations habituelles, ce qui est un résultat considérable pour une affection aussi grave et aussi rebelle que l'ovarite chronique.

Traitement de l'épithélioma de la face.

M. *Darier*, après de nombreux essais avec le chlorate de potasse, la résorcine, l'aristol, l'acide acétique, etc., est arrivé au *modus faciendi* suivant, qui pourra être notablement modifié par l'expérience de chacun.

Il est bon de débarrasser d'abord la surface ulcérée des croûtes qui la recouvrent, au moyen de cataplasmes antiseptiques de fécule de pomme de terre cuite dans une solution de sublimé au 1/1000e. S'il existe un bourrelet épidermique trop saillant, épais, résistant, il faut le toucher légèrement au galvano-cautère, pour permettre aux agents chimiques de pénétrer jusqu'aux couches profondes du mal.

La surface sur laquelle on doit agir étant bien détergée, on l'insensibilise au moyen d'une légère compresse d'ouate trempée dans une solution de cocaïne à 10 pour 100. Cela fait, on imbibe toute la surface malade avec un fin pinceau trempé dans une solution concentrée de bleu de méthyle (1 gr. sur alcool et glycérine, ââ 5 gr.). Toutes les parties teintes en bleu sont alors touchées *très légèrement* avec un stylet d'acier trempé dans une solution d'acide chromique au cinquième ; il se produit une réaction couleur pourpre. On réapplique encore une fois du bleu, après quoi on lave soigneusement le pourtour du mal, pour enlever l'excès de couleur. Pansement consécutif : cataplasmes de fécule de pomme de terre ou simples compresses au sublimé en permanence pour éviter la formation de croûtes qui retarderaient les opérations subséquentes. Les attouchements sont répétés quatre ou cinq fois à deux ou trois jours d'intervalle ; puis on ne se sert plus ensuite que du bleu de méthyle. Ce traitement dure de trois semaines à deux mois, pour les épithéliomas superficiels, suivant leur étendue (environ un mois par centimètre carré). Dans les formes térébrantes avec indurations larges et profondes, il serait indiqué de faire des injections interstitielles du bleu de méthyle, tout en faisant les attouchements ci-dessus sur la surface ulcérée, en se montrant très prudent dans le maniement de l'acide chromique dans ce cas.

Les résultats immédiats obtenus par ce nouveau traitement sont rapides et brillants. Seront-ils durables ? Ne verrons-nous pas des rechutes se produire, comme après la plupart des traitements antérieurs ? Il est probable que dans bien des cas nous aurons des récidives ; mais le traitement est simple et rapidement efficace.

(*Bullet. gén. de thérap.*, 1893.)

MÉDECINE PRATIQUE

Hygiène des diabétiques.

Le plus souvent, dans le diabète, les modificateurs pharmaceutiques n'ont qu'un rôle secondaire : il est important de ne les employer que lorsqu'on aura apprécié l'influence d'un traitement hygiénique bien conduit, sans l'intervention d'aucun agent médicamenteux. En un mot si le traitement se compose, comme toujours, de deux éléments, la thérapeutique et l'hygiène, c'est cette dernière qui doit ici en être le pivot. Dans la plupart des cas de diabète léger, on peut, avec ce seul traitement hygiénique, faire disparaître absolument la glycosurie.

Dans cette hygiène du diabétique, les prescriptions alimentaires tiennent le premier rang : abstention, autant que possible, d'aliments sucrés, farineux, ou féculents. Mais ce n'est pas tout : il faut encore, par des exercices variés et multipliés, activer la combustion des matières hydro-carbonées, faciliter la destruction du sucre par les muscles. Dans quelle mesure, sous quelles formes, avec quels entraînements, l'exercice musculaire donne-t-il ses meilleurs résultats ? Et d'une façon générale, quelles sont, en somme, les prescriptions hygiéniques à faire à un diabétique, comme complément du régime alimentaire ?

I. — *Hygiène musculaire.* — « J'ai fait la remarque, dit Bouchardat dans son traité du diabète, que l'habitant des campagnes, exposé au grand air, au soleil, aux rudes travaux des champs, utilise infiniment mieux les féculents que l'habitant des villes. » Et il cite de nombreux exemples, absolument probants à cet égard. L'un, entre autres, est typique ; le voici en deux mots : un habitant de la campagne se livrait alternati-

vement à la culture de la terre et au métier sédentaire de cordonnier. Lorsque Bouchardat le vit, cet homme, amaigri, rendait, en 24 heures, 5 litres 3/4 d'urine, contenant par litre 109 grammes de sucre. Sous l'influence du régime, le sucre disparut, les urines revinrent à leur quantité et à leur composition normales, l'embonpoint reparut. Mais chaque fois que cet homme tentait de revenir à l'usage du pain, le sucre reparaissait. Vint l'été : ses forces retrouvées, cet homme va travailler aux champs, et dès lors il peut manger des féculents sans que le sucre réapparaisse dans l'urine. Forcé pendant huit jours d'abandonner les champs, il continue l'usage des féculents : réapparition du sucre. Il retourne au labourage, et le sucre disparaît sans que rien soit modifié au régime : à plusieurs reprises, put être faite l'expérience très nette de ces alternatives. Chez certains glycosuriques, conclut Bouchardat de ses observations, les travaux énergiques en plein air permettent l'utilisation des féculents ; toutes choses étant égales d'ailleurs, pour la quantité des féculents ingérés et pour les autres conditions, une diminution du sucre contenu dans les urines a toujours coïncidé avec l'exercice en plein air.

Veut-on les preuves physiologiques de cette influence de l'exercice musculaire ? Pettenkofer et Voit, Henneberg et Sénator ont fait à ce sujet des recherches minutieuses. Ils ont prouvé que, bien que diminuées chez le diabétique, les combustions de carbone présentent, les jours de travail, comparativement aux jours de repos, des oscillations très tranchées, ne différant que par leur intensité de celles de l'homme en bonne santé. Leurs expériences ont confirmé la manière de voir de Bouchardat, et montré que la prescription de l'activité musculaire est justifiée physiologiquement chez les diabétiques.

Mais prescrire d'une façon vague, à un diabétique, l'exercice en général, ne suffit évidemment pas. Il est des cas, nous le verrons tout à l'heure, où ce travail musculaire pourrait être fort mal supporté. Supposons pour le moment un diabétique encore légèrement atteint, chez qui la glycosurie, surtout en rapport avec l'ingestion des aliments féculents, se constate avec la plus grande intensité deux à trois heures après le repas. Ce diabétique doit se livrer tous les jours à quelque exercice corporel adapté à sa force et à ses habitudes antérieures : son médecin recherchera avec le plus grand soin ce qui peut donner de l'attrait à cet exercice de chaque jour ; il le réglera de façon à en faire un entraînement méthodique et progressif, sans fatigue, sans surmenage.

Parmi ces exercices, ceux qui se font en plein air tiennent le premier rang ; le plus simple est la promenade à pied, suffisamment prolongée, et assez accélérée pour amener une légère sudation. D'autres diabétiques préféreraient la chasse, le cheval, la bicyclette, maintenant si répandue, le canot, les jeux de paume, de boule, etc... Le principal est que ces exercices aient de l'attrait pour eux, qu'ils s'y livrent avec plaisir, et qu'ils prennent toutes les précautions pour éviter un refroidissement, lorsqu'ils sont en sueur.

La gymnastique, lorsqu'elle est acceptée, constitue un excellent exercice, surtout dans les conditions que remplissent aujourd'hui les établissements bien dirigés. Le travail musculaire peut y être surveillé, méthodiquement gradué, et allié à l'hydrothérapie : là, après que l'exercice a produit une bonne sudation, des personnes exercées douchent ou lotionnent le malade avec l'eau froide, l'essuient vivement, le frottent, le massent ; — le malade lui-même les y aide pour obtenir une bonne réaction, qui est soutenue, au sortir du gymnase, par une marche convenablement accélérée. Un malade de Bouchardat, homme d'une cinquantaine d'années et de condition élevée, était devenu ainsi un remarquable gymnaste. Mais il ne faut pas se faire d'illusions : la plupart des diabétiques, pour divers motifs, âge ou occupations, refuseront d'aller au gymnase.

Il existe heureusement d'autres ressources : l'escrime par exemple, plus simplement encore la gymnastique en chambre : mouvements d'assouplissement et haltères. Quoi de plus simple que de faire des haltères, chaque jour, pendant un quart d'heure en se levant ? C'est là un des meilleurs moyens avec la marche, de combattre ce sentiment de fatigue, de courbature, qui trop souvent tourmente les glycosuriques au moment où ils sortent du lit. Cet exercice journalier, modéré et graduellement augmenté de façon à ne jamais dépasser la limite des forces, sera suivi de lotions froides, et d'une bonne friction à la brosse de caoutchouc ou au gant de crin : la réaction, bien obtenue, sera soutenue par une marche de 1/4 d'heure au moins, le corps étant protégé par de bons vêtements de laine. Il est bien rare qu'un diabétique, dans les conditions où nous l'avons supposé, ne retire de ces pratiques un bien-être qui le poussera à les continuer chaque jour.

Enfin, il est deux ordres d'exercices qui sont souvent bien accueillis : ce sont le jardinage et la menuiserie. Les travaux du jardin sont excellents : outre le travail en plein air, le diabétique exécute de nombreux mouvements musculaires en bêchant, sarclant, ratissant, etc.... Pour ceux qui n'ont pas de jardin, la menuiserie est une précieuse ressource ; elle peut s'installer dans un espace étroit et à peu de frais, elle développe l'activité musculaire, et surtout elle intéresse le malade par la fabrication des objets qu'il peut en obtenir.

Les moyens sont nombreux, on le voit, de prescrire aux diabétiques le travail musculaire. Pour les femmes, les travaux les plus actifs du ménage, ou le jardinage, seront fort utiles : mais, à leur défaut, ne pourra-t-on insister sur les avantages des jeux qui mettent tout le corps et surtout les bras en mouvement ? Le lawn-tennis, les jeux de volant, de paume, la danse, etc... — Les promenades en voiture n'auront guère que l'avantage du plein air : encore faudra-t-il une voiture découverte, et toutes les précautions pour protéger d'un refroidissement.

Quel que soit l'exercice choisi, trois conditions sont nécessaires pour en retirer un bon résultat : il doit être attrayant ; on doit le proportionner aux forces du malade et éviter l'excès, la fatigue ; il ne doit être prescrit que dans certains cas.

Pour ce qui est de l'attrait, chaque malade aura bientôt choisi l'exercice qui lui convient et doit prendre du charme par l'habitude. Le médecin le guidera dans ce choix. Reportez-vous au charmant ouvrage de Jules Cyr ayant pour

titre : les Impressions et les Aventures d'un Diabétique ; vous y trouverez exposées avec beaucoup d'humour les bases de ces exercices. Cyr fait parcourir à son diabétique les différentes contrées de l'Europe, et, dans chacune d'elles, il lui fait consulter les médecins qui se sont le plus occupés de la cure du diabète. En France, il l'adresse au professeur P... ; il faut lire plutôt le professeur B... car le portrait de Bouchardat y est merveilleusement tracé, et sous le titre de : une consultation originale, Cyr indique l'emploi de la journée, y compris le menu, de son diabétique pendant huit jours (1).

En second lieu, l'excès, dont on a dit qu'il était toujours un défaut, commence ici quelque part, et l'on ne doit pas confondre exercice avec surmenage. « Ce qu'il importe par-dessus tout, dit M. Lecorché dans un volume récent où il expose avec sa haute compétence le traitement du diabète sucré, c'est de procéder avec mesure et d'une manière progressive. Il faut que l'exercice soit proportionné aux forces du diabétique. Quand les malades accusent une sensation de lassitude générale, d'affaiblissement avec douleurs vagues dans les cuisses, les reins, les articulations, malaise qui augmente à la moindre fatigue, il est non seulement inutile, mais dangereux, de leur prescrire l'exercice. Des frictions sèches, un massage de courte durée, c'est tout ce qu'on peut leur ordonner. On arrive ensuite peu à peu à des mouvements plus actifs à mesure qu'un traitement approprié à fait baisser la glycosurie et augmenter les forces » (2).

Déjà Zimmer avait beaucoup insisté sur les inconvénients d'un exercice musculaire trop violent. Il avait montré que dans certains cas, non seulement l'exercice ne diminue pas la glycosurie, mais encore qu'il augmente la quantité de sucre excrété, et il était conduit à admettre, parallèlement au diabète d'origine hépatique, par transformation glycogénique des matières amylacées dans le foie, un diabète d'origine musculaire, par transformation glycogénique des matières azotées dans les muscles. Cette variété de diabète musculaire serait, pour Zimmer, caractérisée par la persistance du sucre, même après suppression de tout aliment féculent ; dans cette forme, l'exercice, serait surtout nuisible, et loin de diminuer la glycosurie, ne ferait que l'exagérer.

Pour M. Lécorché, au contraire, c'est toujours le foie qui fabrique le sucre en excès, d'abord aux dépens des seuls féculents, plus tard, à une période plus avancée, aux dépens de tout aliment, graisseux ou azoté. Et nous ne saurions mieux faire que de citer ici l'opinion de l'un des médecins qui connaissent le mieux cette question du diabète, et les précieux conseils qu'il donne sur les indications des exercices musculaires dans les différentes formes du diabète :

« Si au début du diabète, ou dans les formes légères ou moyennes, l'exercice exagéré, sous forme de promenades, de gymnastique, d'escrime, etc., peut être conseillé avec avantage, c'est que les muscles ont conservé leur intégrité et leur activité et qu'ils peuvent suffire dès lors à l'excédent de combustions qu'on leur impose. Si plus tard les exercices violents deviennent inutiles, c'est que les muscles altérés ou affaiblis n'ont plus l'énergie comburante nécessaire, leur force contractile étant épuisée. Si même, à certains moments, l'exercice devient dangereux, c'est que les contractions musculaires, bien qu'amoindries, n'en activent pas moins la circulation sanguine d'une manière intempestive ; d'où un double effet nuisible : augmentation du glycogène hépatique formé, par suite de cette activité circulatoire, surcharge du sang par le sucre, par suite de l'impuissance des muscles à le brûler.

En fait, l'exercice peut et doit être prescrit dans les formes légères et dans les périodes initiales du diabète grave, quand la glycosurie est surtout en rapport avec l'ingestion des aliments féculents et que sa plus grande intensité se constate deux à trois heures après le repas. Il faut le proscrire dans les périodes avancées, quand le sucre rendu est plutôt de provenance azotée que d'origine amylacée.

Il faut, en outre, avoir toujours présentes à l'esprit les conséquences mortelles que peut avoir un exercice violent ou inaccoutumé chez un vieux diabétique. Le surmenage brusque de l'organisme par une fatigue anormale, comme une longue course ou un voyage, est la cause la plus fréquente du coma acétonémique. Cette cause est indiquée dès les premières observations de Prout, et depuis lors, chacun n'a eu que trop souvent l'occasion d'en vérifier l'exactitude » (1).

II. *Hygiène de la peau.* — Les exercices musculaires ne donneront tous leurs résultats que s'ils sont associés à l'hydrothérapie. Déjà nous avons vu les avantages qu'offrent, sous ce rapport, les établissements de gymnastique et les salles d'armes : tous les jours, après ses exercices, le diabétique y recevra, sur tout le corps sauf la tête, une douche froide, en jet, de 30 secondes ; cette douche sera suivie d'une friction sèche, à la brosse de caoutchouc ou au gant de crin, sur tout le corps, et d'une promenade.

En l'absence d'établissement hydrothérapique ou d'un simple appareil à douche chez lui, le diabétique aura recours aux lotions froides, ou au drap mouillé. Les lotions sont d'un usage très répandu, et grâce au TUB, on peut facilement pratiquer sur tout le corps des lotions avec une éponge trempée dans l'eau froide. Bien simple aussi est l'enveloppement dans le drap mouillé :

Prenant un drap épais, on le plonge dans un seau d'eau froide, on l'essore, puis, le malade étant debout, on l'enveloppe complètement, la tête comprise, dans ce drap. Dans le cas où il y a tendance à des congestions du côté de la tête, on a soin, ici comme pour la douche, de placer les pieds du patient dans l'eau chaude. La durée de l'enveloppement ne doit pas être de plus de quinze à vingt secondes. On retire alors complètement le drap mouillé, on enveloppe le malade dans un peignoir à tissu spongieux et, par des frictions énergiques, on active la réaction.

(1) Cyr. « Impressions et Aventures d'un Diabétique à travers la médecine et les médecins ». Paris, 1881, 2me édit., page 70.

(2) Lécorché. Traitement du diabète sucré. Bibliothèque médicale Charcot-Debove.

(1) Lécorché, *loco citato.*

Mais, comme tout à l'heure l'exercice musculaire, l'hydrothérapie chez les diabétiques est soumise à certaines conditions. Elle doit suivre, autant que possible, le travail musculaire, et c'est lorsque le malade est en moiteur ou en sudation légère, qu'il doit recevoir douches, puis frictions. Ensuite il faut surveiller rigoureusement la façon dont les malades se comportent vis-à-vis de l'eau froide; si chez eux la réaction ne se fait pas, mieux vaut supprimer l'hydrothérapie, la remplacer par les bains tièdes, suivis aussi de frictions ou de massage. Enfin, chez les diabétiques plus que chez personne, on doit éviter avec un soin extrême les refroidissements, qui peuvent provoquer des bronchites et des accidents pulmonaires dont les conséquences chez eux sont déplorables. Bien faite, cette application de l'eau froide, les aguerrira, au contraire, contre les refroidissements, en même temps qu'elle stimulera toutes leurs fonctions, en particulier celles de la peau.

Et cet entretien, ce bon fonctionnement de la peau a, ici encore, une grande importance, si l'on réfléchit que le diabétique est exposé, de ce côté, à nombre d'accidents : furoncles, anthrax, lymphangites, etc. Aussi, outre les pratiques journalières d'hydrothérapie, se trouvera-t-il bien de prendre, par semaine, deux ou trois bains tièdes, ou des bains alcalins, fort utiles surtout quand il existe des démangeaisons. Bouchardat prescrivait, pour un bain, 100 grammes de carbonate de potasse, et 2 cuillerées à bouche de teinture de benjoin. Les bains de mer chauds peuvent aussi être employés : s'il les prend froids, le diabétique ne devra rester que fort peu de temps dans l'eau, une minute au début, éviter tout refroidissement, et faire ensuite une bonne marche.

Pour ce qui est du vêtement, le diabétique devra toujours être chaudement vêtu, porter de la flanelle, en un mot ne pas se ressentir des transitions brusques de température, et mieux encore, les éviter. « Cette nécessité de se prémunir contre le froid, dit Lécorché, est justifiée par ce fait que chez le diabétique la combustion des substances ternaires, celles qui produisent la chaleur, est notablement diminuée. Comme, d'autre part, le régime prescrit a pour effet la restriction au minimum de ces mêmes substances calorigènes, on comprend l'importance de toute perte de chaleur, qui ne peut être que difficilement réparée. » Aussi le séjour dans les climats chauds est-il à conseiller aux diabétiques; et lorsque ces malades pourront aller passer l'hiver dans le Midi, dans une des stations des bords de la Méditerranée ou en Algérie, ils n'en retireront que des avantages.

Petite précaution, qui n'est point à négliger : chez les diabétiques, les moindres écorchures deviennent parfois le point de départ d'accidents plus ou moins graves, jusqu'à la lymphangite et aux phlegmons. Et ces complications sont au moins très favorisées par la moindre résistance que ces glycosuriques offrent à l'infection. Dès lors, tout diabétique fera bien de ne pas négliger ces petites plaies accidentelles : il sera prudent qu'il ait chez lui un antiseptique quelconque, pour les désinfecter au plus tôt, et faire lui-même, s'il y a lieu, un petit pansement approprié.

III. *Hygiène de la bouche*. — De même on devra recommander aux diabétiques les soins journaliers de la bouche, qu'ils devront se laver plusieurs fois par jour, et notamment après les repas. Voici, entre autres, la formule d'une solution et d'une poudre antiseptiques qui nous ont donné de bons résultats :

Acide thymique.......	0 gr. 25 centigr.
Acide benzoïque.......	3 gr.
Teinture d'eucalyptus.	15 gr.
Alcool................	100 gr.
Essence de menthe poivrée..............	1 gr.

Il suffit d'en verser quelques gouttes dans un verre d'eau jusqu'à ce que l'eau devienne trouble.

Craie précipitée............	25 gr.
Quinquina gris..............	12 gr.
Chlorate de potasse.........	8 gr.
Savon médicinal.............	8 gr.
Essence de menthe..........	XXX gouttes.

En une poudre finement *porphyrisée* pour ne pas rayer l'émail des dents.

Telles sont, en dehors du régime alimentaire, les grandes lignes du traitement hygiénique des diabétiques. Bouchardat, Lécorché, et tous ceux qui se sont occupés de cette vaste question du diabète, ont encore insisté sur l'état moral, sur l'hygiène morale des diabétiques. On connaît la part que prennent souvent les chagrins, et les préoccupations de toute espèce, dans l'étiologie du diabète : il n'est pas douteux que ces mêmes causes puissent aussi augmenter la glycosurie : il faut donc bien être averti, et avertir l'entourage d'un diabétique que les perturbations morales ne sont pas moins dangereuses pour lui que les fatigues physiques, surtout aux périodes avancées de la maladie. Le diabétique se laisse facilement abattre ; le régime parfois sévère auquel il est soumis, l'assombrit ; et, comme celui-ci est accompagné d'incessantes analyses d'urines, le malheureux n'a plus qu'une préoccupation : celle des variations de sa glycosurie.

Dans ces conditions, il sera bon d'engager ce diabétique à ne pas faire lui-même l'analyse de son urine, ou à ne pas la répéter trop fréquemment : quitte à faire examiner son urine, à son insu, par une personne intelligente de son entourage. On devra lui conseiller une vie tranquille, à l'abri des soucis et des émotions. « Combattre ses passions, éviter la colère, les préoccupations tristes, la contention d'esprit trop soutenue ; éviter aussi le désœuvrement. Pour cela, il convient de régler son temps afin d'avoir pour chacune des heures des occupations déterminées qui utilisent alternativement les forces du corps et de l'esprit. En un mot, vivre autant que possible en paix et en joie, avec des habitudes journalières sagement ordonnées. » Tels sont les sages conseils que donne Bouchardat aux diabétiques.

Nous ne saurions mieux terminer. Qui ne voudrait pouvoir les suivre, même sans rendre de sucre dans l'urine ?

JOURDAN,
Interne des hôpitaux de Paris.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les examens pour l'obtention, par les officiers de santé, du titre de Docteur.

Nous recevons du très obligeant secrétaire de la Faculté, M. Pupin, la lettre suivante :

Monsieur Cézilly,

Nous attendons, tous les jours, que l'*Officiel* nous fasse connaître le texte du décret concernant les officiers de santé.

Voici ce que j'ai appris officieusement.

Les officiers de santé seraient dispensés des baccalauréats qui leur manquent, et astreints à subir les 3e et 5e examens de Doctorat et la Thèse.

Le 3e examen est divisé en deux parties.

PREMIÈRE PARTIE.

Epreuve pratique de Médecine opératoire. — Epreuve orale de pathologie externe et accouchements.

DEUXIÈME PARTIE.

Epreuve orale de pathologie interne et de pathologie générale.

Le 5e examen comporte aussi deux parties :

PREMIÈRE PARTIE.

Clinique chirurgicale et clinique obstétricale (deux examens).

DEUXIÈME PARTIE.

Clinique médicale et épreuve pratique d'anatomie pathologique (autopsie et reconnaissance des lésions).

Recevez, etc.

PUPIN.

Nous joignons à cette lettre les commentaires du *Bulletin Médical*.

Nous ajouterons qu'il *est fort probable* que, dès la rentrée, les nombreux candidats au doctorat pourront entrer en lice ; mais si cela est probable, cela n'est pas certain, car les décrets, même promulgués, ne peuvent être appliqués qu'après qu'une circulaire en aura fixé les détails d'application.

Or, dans l'espèce, les détails ont leur intérêt. En voici un exemple :

Les officiers de santé qui voudront profiter de la loi seront-ils dans la situation des officiers de santé, qui, sous l'ancienne loi, obtenaient la dispense ? Seront-ils dans une situation spéciale ? Personne n'en sait rien encore et cela a son importance. Actuellement, les dispensés doivent payer en totalité les frais de scolarité que paient les étudiants pour le doctorat. S'il en était de même pour les officiers de santé qui veulent profiter de la nouvelle loi, c'est une dépense de 1,300 francs environ qu'ils devraient faire pour obtenir leur diplôme (1).

Nous espérons fort qu'il n'en sera pas ainsi, mais alors, le ministre, n'ayant pas le droit d'exonérer de cette dépense (ce serait l'exonération d'un impôt voté par le parlement), il faudra ou une loi exonérant nos futurs confrères de ces frais vraiment considérables, ou tout au moins un avis du Conseil d'Etat, décidant qu'il ne s'agit pas, en l'espèce, d'une exonération d'impôt (on pourrait peut-être y arriver en torturant les textes dans le bon sens du mot). En tout état de cause, c'est là une cause de retard.

A côté de cette question, importante comme on le voit, il en est d'autres qui légitiment les craintes que nous avons, de voir retarder l'application intégrale de la loi. Néanmoins, nous l'avons dit, la plus grande diligence est faite par nos autorités médicales et nous croyons pouvoir espérer que, dès le début de la prochaine année scolaire, les officiers de santé pourront venir devant les jurys des facultés.

(1) Nous supposons que le *Bulletin* se trompe et qu'en tout cas, de ces 1,300 fr., on déduirait les frais qui ont été supportés par les officiers de santé.

A. C.

La loi sur l'exercice de la pharmacie.

Les communications continuent à nous venir. Notre excellent collaborateur et ami, le Dr Mignen, nous écrit :

L'article que vous avez publié dans le *Concours*, le 22 juillet dernier, exprime certainement les desiderata du corps médical et je vous suis tout particulièrement reconnaissant d'avoir défendu la situation acquise des médecins qui, protégés par la loi de Germinal, ont délivré et délivrent des médicaments alors que leur domicile est situé à moins de 4 kilomètres d'une pharmacie.

Dans la Vendée, c'est une question de vie ou de mort pour beaucoup, et la loi nouvelle, si elle était adoptée, les obligerait à quitter le pays. Est-ce le résultat qu'on veut obtenir ?

Mais pourquoi n'avez-vous pas repris comme amendement l'ancien article 11 de la loi sur l'exercice de la médecine voté par le Sénat et distrait de la loi par la Chambre des Députés.

C'est en faveur de son rétablissement que s'est prononcé le syndicat de Montaigu et je ne puis croire que vous ne partagiez pas notre avis.

Le Dr Mignen n'a pas tort de compter sur l'appui du *Concours médical* ; il sait trop bien que nous ne sommes animés que par le souci de défendre les intérêts de nos confrères.

L'ancien article 11 du projet de loi sur l'exercice de la médecine disait :

L'exercice simultané de la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme avec celle de pharmacien ou d'herboriste est interdit, même en cas de possession des titres conférant le droit d'exercer ces professions. Cette disposition n'est pas applicable à ceux qui exercent aujourd'hui simultanément les deux professions.

Toutefois, sous les conditions de se soumettre aux lois et règlements régissant la pharmacie, à l'exception de la patente, tout docteur peut porter des médicaments à ses malades, lorsque ceux-ci demeurent à quatre kilomètres au moins d'une officine de pharmacien.

Il peut aussi, mais sans tenir officine ouverte, fournir chez lui des médicaments à ses malades, lorsque sa demeure est à quatre kilomètres au moins d'une officine de pharmacien.

La délivrance de médicaments doit être accompagnée d'une ordonnance, datée et signée, indiquant leur nature et les doses prescrites.

Cet article renferme d'excellentes dispositions, mais aussi des prescriptions moins heureuses.

Nous ne parlerons pas de l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie, ayant déjà traité ce sujet et restant partisans des idées de liberté, à la condition que cet exercice double se fasse loyalement.

Nous ne sommes guère partisans du dernier paragraphe qui n'est qu'une chinoiserie : voit-on le médecin se délivrant une ordonnance à lui-même ? — S'il s'agit d'un médicament dont l'administration est délicate, le médecin laissera toujours ses instructions par écrit et point n'est besoin d'une disposition légale pour l'y obliger ; s'il s'agit d'un médicament banal, la prescription légale n'est d'aucune utilité. Nous n'acceptons donc le dernier paragraphe, pas plus que le premier.

Restent les deux paragraphes intermédiaires ; ils se rapprochent beaucoup de l'article 11 de la loi sur la pharmacie tel que nous l'avons amendé. Dans notre amendement, en effet, il n'y a pas de distance prescrite entre la demeure du médecin et l'officine la plus proche, il suffit que le médecin habite une commune différente pour avoir le droit de fournir des médicaments. Et ces médicaments, il les fournit aux malades habitant à 4 kilomètres d'une officine — absolument comme dans l'article que nous reproduisons plus haut.

Il y a plus : en cas d'urgence, toute condition de distance est supprimée.

Nous estimons donc que l'article 11, tel que nous l'avons rédigé, vaut mieux que l'ancien article de la loi Chevandier. Et c'est pour cette raison que nous n'avons pas purement et simplement repris cet article. Nous ajouterons que sa rédaction plus voisine du texte voté par la Chambre des Députés rend son adoption plus facile.

Nous n'avons pas besoin de dire que nous ne tenons pas autrement à notre rédaction et que nous serions tout prêts à nous rallier au texte qui nous donnera satisfaction, quant au fond.

Nous avons énergiquement demandé que l'article qui autorise les pharmaciens à délivrer des médicaments sans ordonnance fût limitatif et montré que si la rédaction contraire était admise, tous les abus deviendraient possibles.

En veut-on la preuve ?

Récemment un pharmacien était poursuivi pour homicide par imprudence ; il avait, sur l'ordonnance d'une sage-femme, délivré 10 grammes de laudanum et, par erreur, on avait fait prendre, au nouveau-né, ce laudanum à la place de sirop de chicorée, ce qui avait déterminé un empoisonnement.

Le pharmacien répondit que l'ordonnance royale du 29 octobre 1846, qui donne le nom des substances vénéneuses tombant sous le coup de la loi, *ne porte pas le laudanum, mais seulement l'opium* et *qu'elle n'ajoute pas*, comme pour l'arsenic par exemple, *et ses préparations*.

Le pharmacien fut condamné parce que l'ordonnance d'une sage-femme n'est pas valable et qu'il avait contrevenu à la loi de Germinal. Mais le voyez-vous poursuivi sous l'empire de la future loi ? — Il était certainement acquitté ; il avait délivré le laudanum *sur la demande expresse du client* et le laudanum ne figurait pas sur la liste des substances défendues, puisque celle-ci disait simplement l'opium.

Et de par la jurisprudence, la délivrance du laudanum fût devenue libre, tandis qu'il eût été interdit de donner le moindre centigramme d'opium !

Que nos confrères examinent l'article 12 avec la plus grande attention : c'est, de toutes les mesures contenues dans ce malencontreux projet de loi, celle que nous devons combattre avec le plus d'acharnement, car, si elle passe, il n'y a plus d'exercice de la médecine possible.

A. Gassot.

BULLETIN DES SYNDICATS

Nantes, le 30 juillet 1893.

Mon cher Directeur,

J'ai été surpris, en lisant ce matin le *Concours médical*, de trouver au *Bulletin* de l'Union, une lettre de M. le Dr Pillet, Président du Syndicat des médecins des Deux-Sèvres, en date du 17 juillet dernier et relative aux griefs de nos confrères de Niort contre un médecin militaire d'une ville voisine, venant, à des époques régulières, exercer la médecine civile dans cette localité.

A la même date, M. le Dr Pillet me priait en effet, comme Président de l'Union, de faire une démarche auprès du Ministère de la Guerre, dans le but de rappeler ce confrère militaire à l'observation de la circulaire ministérielle du 30 mars 1893.

Conformément à ses désirs, le 23 juillet, j'adressai une réclamation, en son nom, à M. le Directeur du service de santé, en prenant soin de l'en prévenir.

Le 25 juillet, M. le Directeur du service de santé me répondit que ma réclamation ne pourrait être utilement examinée que lorsqu'elle aurait été adressée au Ministre de la Guerre, ajoutant que toutes les réclamations doivent être envoyées au Ministre, qui ordonne une enquête, s'il y a lieu, et statue sur les rapports que lui envoie l'autorité supérieure.

Je me disposais à écrire aujourd'hui même, suivant ces indications, à M. le Ministre de la Guerre, lorsque j'ai lu la lettre de M. le Dr Pillet dans le *Bulletin* de l'Union.

Je ne puis donc que regretter que notre confrère n'ait pas eu la patience d'attendre le résultat de mes démarches ; de plus, je dois à la vérité de constater que c'est la première fois, depuis le 30 mars, que le Bureau de l'Union est saisi d'une plainte de ce genre.

Veuillez agréer, mon cher Directeur, l'expression de mes sentiments bien dévoués.

Le Président de l'Union,
Dr Porson.

La lettre, en question, du Dr *Pillet*, devait prendre place à la chronique professionnelle. C'est par inadvertance qu'elle a paru au Bulletin des Syndicats. Elle ne sera pas insérée dans le *Bulletin mensuel des Syndicats*, qui est l'organe officiel de l'Union.

A. C.

A MM. les Présidents des Syndicats médicaux

Nantes, le 24 juillet 1893.

Monsieur le Président et honoré Confrère,

Nous avons l'honneur de vous faire connaître que le Bureau de l'Union des Syndicats Médicaux de France se réunira, à Paris, le 11 septembre prochain.

Parmi les questions qui seront à l'ordre du jour, quelques-unes nous paraissent très importantes, et nous sollicitons votre bienveillant concours pour nous faire parvenir, en temps utile, l'opinion des Membres de votre Syndicat sur ces questions.

En premier lieu, nous vous prions de vouloir bien examiner le projet de loi *sur l'exercice de la Pharmacie*. Ce projet a été adopté, en seconde lecture, par la Chambre des Députés, dans sa séance du 30 Juin 1893. Il contient des articles qui modifient profondément les Lois, les Ordonnances et les Décrets antérieurs, et malheureusement, sur plusieurs points, d'une façon très désavantageuse pour les Médecins.

Nous nous permettons de vous signaler en particulier l'article 11 et surtout l'article 12. L'article 11, mal conçu et mal rédigé, porte une grave atteinte aux intérêts des Médecins qui exercent à la campagne. Quant à l'article 12, il laisse aux Pharmaciens la liberté « *de délivrer aux malades toute substance constituant un médicament simple ou composé, sous quelque forme que ce soit... avec l'étiquette du Pharmacien et sur la demande expresse de l'acheteur* ».

L'article 13 limite cette liberté du Pharmacien en exceptant seulement « *les substances simples toxiques et les médicaments composés, doués de propriétés vénéneuses* ».

Nous n'avons pas besoin, Monsieur le Président, de vous faire observer que cet article, s'il était adopté par le Sénat, ouvrirait la voie la plus large aux abus de toute nature et livrerait trop souvent nos malades à la direction des Pharmaciens, qui n'ont pas qualité pour reconnaître la nature d'une maladie et instituer un traitement en connaissance de cause.

L'article 15 permet à toute « *personne, non pourvue du diplôme de Pharmacien, de vendre des médicaments simples d'un usage courant, ainsi que les plantes médicinales fraîches ou sèches, dont la liste sera insérée au Codex.* » La Loi, en supprimant les Pharmaciens de seconde classe, ne parle pas des Herboristes. L'article 15 gagnerait en valeur, à nos yeux, s'il précisait la situation exacte faite à ces derniers.

Nous appelons également votre attention, Monsieur le Président, sur l'article 17. Les paragraphes 3, 4, 5 et 6 méritent d'être étudiés.

Cette proposition de loi, sur l'exercice de la Pharmacie, a été adoptée en deuxième lecture à la Chambre, elle a été transmise au Sénat le 7 Juillet dernier, et la Commission chargée de l'étudier a été nommée le 10 et comprend MM. Demôle, Poirrier, Madignier, Benoist, Camescasse, Lourties, Cornil, Develle et Frézoul, mais le Sénat n'examinera sérieusement cette Loi que dans la session de Novembre. Il convient donc de nous tenir prêts à présenter nos objections et de ne pas nous laisser surprendre. C'est à cette étude importante que nous vous convions ; l'opinion de notre confrère, si elle nous parvient, nous sera précieuse pour les décisions que nous aurons à prendre.

Vous trouverez, du reste, dans les n[os] 28 et 29 du *Concours médical*, le texte du projet de loi, ainsi qu'une critique fort bien faite de notre distingué confrère, le D[r] Gassot.

Une seconde question sera étudiée dans notre séance de l'Union, celle de l'admission dans les Hôpitaux des malades non indigents, qui porte un préjudice sérieux aux Médecins, tout en grevant d'une manière illégale les Budgets des services d'Assistance.

Plusieurs Syndicats médicaux, celui de la Seine d'abord, et celui de la Loire-Inférieure, la Presse médicale parisienne, le Conseil municipal et l'Assistance publique de Paris, ont tour à tour agité cette question.

Nous pensons, avec le Syndicat des Médecins de la Seine, que les Hôpitaux doivent être *uniquement* et *exclusivement* consacrés aux pauvres. C'est l'intérêt du corps médical, mais c'est surtout l'intérêt des municipalités du département et de l'Etat, qui consacrent chaque année des subventions de plus en plus larges pour assurer l'hospitalisation des indigents. « A l'Hôpital, dit la *Gazette des Hôpitaux*, le malade pauvre est chez lui ; le malade aisé est un intrus qui lui dérobe une partie des soins qui lui sont dus, et qui frustre les malheureux non admis d'un lit auquel ils ont un droit que nul ne saurait leur contester. »

Une troisième question sera posée dans la séance du 11 septembre ; nous nous proposons de mettre à l'étude *les rapports des Médecins avec les Sociétés de Secours Mutuels.*

En lisant les comptes rendus des Syndicats, nous avons été frappés des plaintes de nos confrères et des difficultés de ces rapports. Les Sociétés de Secours Mutuels se sont multipliées; quelques-unes sont très prospères et bien administrées, mais le plus grand nombre végètent pour des causes bien des fois signalées, qu'il faut aujourd'hui rechercher de nouveau et mettre au grand jour.

Presque partout le Médecin isolé se trouve en face de puissantes institutions, dont il est obligé de subir les conditions humiliantes; la concurrence entre confrères, habilement exploitée, lui fait une nécessité de les accepter. Situation fâcheuse à tous les points de vue, aussi bien en ce qui concerne les Sociétés de Secours Mutuels que les Médecins.

Le temps est venu d'apporter un remède à cet état de choses. L'étude sérieuse, sans parti pris, nous pourrions dire scientifique, des conditions dans lesquelles fonctionnent actuellement les Sociétés de Secours Mutuels, doit nous amener à trouver ce remède.

Dans cette étude, nous espérons être aidés par la Ligue Nationale de la Prévoyance et de la Mutualité, dont la mission est justement de guider, de soutenir et de faire prospérer les Sociétés de Secours Mutuels. Nous comptons également sur elle pour répandre au milieu de ces Sociétés les principes qui découleront de cette étude et qui seront dans l'avenir, c'est du moins notre ferme espoir, la sauvegarde des intérêts du Médecin comme du Sociétaire lui-même.

Nous ferons donc œuvre utile pour tous, en étudiant ensemble cette importante question ; le Bureau de l'Union, dans sa prochaine réunion, jettera les bases de cette étude et établira un questionnaire qui sera adressé à tous les Syndicats médicaux, et ce ne sera que dans une séance ultérieure qu'il aura à examiner les documents que ces derniers voudront bien lui adresser en réponse à ce questionnaire.

Nous vous recommandons à ce sujet la lecture des articles très intéressants publiés dans les

nos 25, 26 et 29 du *Concours médical* par son Directeur, notre dévoué et infatigable confrère, M. le Dr Cézilly, que nous avons eu la bonne fortune de gagner à nos idées sur cette importante question, et dont la collaboration nous sera si précieuse.

Enfin, nous appelons votre attention sur une dernière question, *celle du service militaire des étudiants en médecine*. Elle a fait l'objet de vœux déposés au Sénat par le Syndicat de la Presse médicale et par notre Bureau (voir no 10 et 27 du *Concours médical*), vœux soutenus par M. le Dr Cornil, qui, de son côté, présenta une proposition de loi dans le même sens.

La Commission de l'armée au Sénat était tout d'abord en majorité favorable à la proposition de M. Cornil, qui, avec son dévouement habituel, était arrivé à convertir ses collègues à nos idées ; mais au dernier moment, une opposition inattendue de M. le Sénateur Berthelot a fait ajourner indéfiniment la proposition.

Nous ne devons pas nous tenir pour battus, et le devoir de l'Union des Syndicats est de prendre l'initiative d'une nouvelle campagne.

Une occasion favorable se présente à nous : les Conseils généraux vont ouvrir leur session le 21 août ; il faut que les Présidents des Syndicats médicaux trouvent dans chaque département un Conseiller général qui veuille bien présenter un vœu dans le genre de celui que nous avons déposé au Sénat et cela, non seulement au nom des intérêts des études médicales, mais surtout de ceux de l'armée.

Nous rappelons pour mémoire ce vœu : « Nous « demandons que l'article 23 de la loi du 15 juil« let 1889 soit modifié dans le sens du vœu sui« vant : les étudiants en médecine pourront être « mis, sur leur demande, en sursis d'appel jus« qu'à l'obtention du diplôme de Docteur en « médecine ou de leur nomination comme inter« nes titulaires des hôpitaux nommés au con« cours dans une ville où existe une faculté de « médecine. »

« Avant l'âge de 27 ans et dans l'année qui « suivra leur réception ou leur nomination, ces « docteurs en médecine ou internes des hôpi« taux seront appelés par le service de santé à « accomplir une année de service comme méde« cins auxiliaires ; ils seront ensuite renvoyés « dans leurs foyers, après avoir été nommés « médecins aides-majors de 2e classe de réserve, « s'ils ont satisfait aux conditions exigées par « les programmes, établis en vue de l'obtention « de ce titre.

« En cas de mobilisation, les étudiants en « médecine seront versés dans le service de « santé. »

C'est un vœu que tous les Conseillers généraux peuvent défendre sans distinction de nuance politique, et vous ne pouvez manquer de trouver dans le Conseil général de votre département, un confrère qui veuille bien se charger de la mission de le présenter.

Nous serons heureux, Monsieur le Président, de vous voir convoquer *d'urgence* les confrères, qui font partie de votre Syndicat et de recueillir leur avis, *en particulier sur les deux premières questions*, celles-ci devant être résolues à notre première réunion.

Le Bureau de l'Union des Syndicats, en s'appuyant sur les considérations que voudrez bien nous transmettre, agira avec plus d'autorité près des pouvoirs publics pour obtenir satisfaction sur ces différents points.

Veuillez agréer, Monsieur le Président et honoré confrère, l'expression de nos sentiments les plus dévoués.

Le Président de l'Union,
Dr Porson.

Le Secrétaire Adjoint,
Dr Luneau.

N. B. — Les communications doivent être adressées, avant le 3 septembre, à M. le Dr Porson, 2, place Saint-Pierre, Nantes (Loire-Inférieure).

Syndicat médical de Montaigu (Vendée).

9 *mai* 1893.

Présents : MM. Cailleteau, *président*, Guiberteau, *secrétaire*, Mignen, Piveteau, Clenet, Fontan, Gouin, (Alfred), Dehergne, Micheneau, Coquaud, Gouin (Charles), Bourdon, La Rochefordière, Mainguy.

Le secrétaire donne lecture du procès-verbal de la réunion du 31 août 1892, qui est adopté sans observation.

Le Syndicat règle diverses questions d'amendes et de démissions.

Le secrétaire donne la situation de la caisse au 8 mai :

Recettes 547,66, dépenses 294,40, en caisse 253,26.

Loi sur l'assistance médicale dans les campagnes.

Le Syndicat de Montaigu, demande à l'unanimité que les modifications suivantes soient apportées à cette loi :

1° Le médecin fera partie de droit de la commission chargée du service des indigents ;
2° Le médecin aura voix délibérative ;
3° S'il y a plusieurs médecins adhérents dans la commune, le conseil municipal tirera au sort lequel sera présent à la commission.

Loi militaire.

Le Syndicat de Montaigu demande que des modifications soient apportées à la loi militaire :

1° Que le service militaire pour les élèves en médecine n'ait lieu qu'à partir de 27 ans, afin de leur permettre de terminer leurs études ;
2° Que l'étudiant en médecine soit considéré comme médecin et soit versé dans le corps de santé ;
3° Que les officiers de santé appelés dans la réserve ou la territoriale soient assimilés à l'officier et en aient le rang.

Loi sur l'exercice de la pharmacie.

Le Syndicat de Montaigu réclame à l'unanimité :

1° Que pour les médecins faisant déjà de la pharmacie, les droits acquis subsistent et ne puissent être annulés ;
2° Que tout médecin puisse porter à son malade les médicaments dont il a besoin quand il demeure à plus de 4 kilom. d'un pharmacien.
3° Que l'art. 11 de la loi sur la médecine, soit rétabli intégralement dans la loi sur l'exercice de la pharmacie.

M. de la Rochefordière annonce à la réunion, que, quittant Montbert pour aller à Paris, il se voit dans l'obligation de donner sa démission. Le président manifeste les vifs regrets que cause à lui et à tous les membres du Syndicat, le

départ de cet excellent confrère et, pour ne pas rompre les liens qui le rattachent au Syndicat, propose de le nommer membre honoraire, proposition qui est adoptée à l'unanimité.

Aucune autre question n'étant portée à l'ordre du jour, la séance est levée à 4 heures.

Le secrétaire,
GUIBERTEAU.

REPORTAGE MÉDICAL

Tribunaux médicaux en Belgique. — L'Académie de médecine de Belgique s'occupe d'une façon active des questions médicales professionnelles. Elle vient de discuter et d'approuver une proposition, ayant pour but d'instituer des tribunaux médicaux, composés de médecins, pharmaciens et vétérinaires, lesquels jugeraient les infractions aux lois sur l'art de guérir, tout comme les tribunaux de commerce jugent les affaires commerciales.

En France, l'Académie de médecine est *sourde* aux propositions qui se rattachent à l'exercice proprement dit de la profession médicale : témoin, certaine pétition du Dr Peltier sur la dose maxima des médicaments toxiques qu'il aurait été utile de fixer officiellement ; cette pétition a traversé l'enceinte académique comme un météore, sans laisser de traces. Ajoutons que l'Académie est en même temps *muette* sur les questions professionnelles. Cela peut tenir à ce que nos grands pontifes considèrent ces questions comme indignes d'occuper leurs instants ; mais nous aimons mieux croire qu'il n'y a là qu'un excès de modestie : trop éloignés, par leur position même, des simples praticiens, ils se figurent qu'ils n'ont pas la compétence nécessaire pour traiter des questions extra-scientifiques. Peut-être ont-ils raison !

— *L'eau du Bois-de-Boulogne.* — Il existe dans le Bois-de-Boulogne un certain nombre de bornes fontaines, munies de gobelets, comme pour inviter à se désaltérer le promeneur dont la poussière et le soleil ont séché le gosier. Or, on vient d'apprendre inopinément que c'était une simple invitation à ingurgiter les microbes de la fièvre typhoïde, du choléra, etc. Au 4 juillet dernier, défense a été faite aux soldats d'employer cette eau, parce qu'elle était dangereuse. En effet, le Directeur du service des eaux a avoué que cette eau venait du puits artésien de Passy et de la Seine en aval de Paris. « Mais, a-t-il ajouté avec la candeur et l'ingénuité du monsieur qui entre au café quand il a soif, l'eau n'est pas aussi dangereuse pour les promeneurs que pour les soldats fatigués par la marche et ayant une hygiène moins bonne que la nôtre. »

C'est à en perdre du coup les deux bras. C'est monstrueux d'inconscience !

Il n'y a que deux choses à faire, et promptement : d'abord fermer toutes les fontaines ; et, en second lieu, installer l'eau de source, le plus vite possible.

— *Emploi du son pour la fabrication du pain.* — Dans le *Lyon médical*, le Dr Gallavardin insiste sur la grande valeur nutritive du son, qu'on a le grand tort de laisser de côté dans la fabrication du pain, les boulangers tenant à donner du pain le plus blanc possible. Il recommande le procédé suivant, employé avec grand succès par deux boulangers de Lyon.

Au lieu de pétrir la farine dans de l'eau pure, on emploie de l'eau dans laquelle on fait bouillir du son, dans la proportion de 500 gr. de son dans 2 litres d'eau ; on passe ensuite ce liquide dans un tamis métallique, avant de l'employer. Le pain ainsi fait, est très apétissant, il offre un goût de noisette, et les clients le préfèrent à tout autre. Notons que le son renferme 55 gr. de sels pour 1000, au lieu que la farine n'en renferme que 8 gr. ; on trouve dans le premier 23 gr. d'acide phosphorique, au lieu de 2 gr. dans le second.

— *Le Droit et la médecine à l'Aviron.* — Une grande nouvelle : la Médecine a battu le Droit dans une course à l'Aviron. Quoique ce soit une nouvelle aquatique, ce n'est pas un canard, paraît-il.

L'équipe à 4 rameurs de l'École de médecine a battu d'une longueur et demie l'équipe de l'École de droit, sur une distance de 2500 mètres environ, entre Saint-Cloud et Suresnes ; le parcours a été fait en 9 minutes 55 secondes. M. le professeur Brouardel présidait.

Revue bibliographique

L'hygiène et les médecins. Le vote par les Chambres des nouvelles lois sanitaires doit engager tous nos confrères à être tenus strictement au courant des récentes conquêtes de l'hygiène publique. Le remarquable *Précis d'hygiène*, de Monin et Dubousquet, leur en fournira les moyens les plus pratiques. Prix : 6 fr., net : **4 fr. 80.**

Guide de diagnostic gynécologique, à l'usage des praticiens, par le Dr BERLIN (de Nice), avec une préface par le Dr AUVARD, accoucheur des hôpitaux de Paris. Un volume in 8° carré de 224 pages, avec 69 figures dont une hors texte. Prix : **6** fr.

L'auteur a entrepris de présenter aux praticiens la *Gynécologie moderne* sous une forme très différente de l'ordre suivi dans les Traités classiques.

Au lieu de décrire, organe par organe, les maladies de l'appareil génital féminin, il s'est placé au point de vue purement clinique. Il a supposé le médecin mis en présence d'une malade qui vient le consulter pour des accidents génitaux ou présumés tels. Il s'agit d'établir le diagnostic de ces accidents avec toute la précision que comportent les données actuelles de l'anatomie pathologique.

Le praticien se trouve guidé, suivant une méthode rigoureuse, vers la solution de ce problème.

Le diagnostic est établi de proche en proche, des cas simples aux cas complexes, dans les trois parties qui composent ce livre et qui représentent les trois étapes successives de l'examen gynécologique : — interrogatoire de la malade ; — exploration directe des organes génitaux ; — étude des troubles extra-génitaux, de l'état général, des diathèses.

Par cette méthode, le lecteur est amené à passer en revue toutes les affections importantes qui se rencontrent dans la pratique ; au cours de ces descriptions diverses, il est initié aux détails les plus minutieux des procédés d'exploration ; il se familiarise en même temps avec les notions modernes qui ont modifié bien des points de la gynécologie et qui se traduisent en pratique par l'orientation de la thérapeutique dans une voie nouvelle et féconde.

Franco net : **4 fr. 80.**

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année — N° 32 — 12 Août 1893

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Les Médecins et la Ligue nationale de la mutualité.

I

Divers emplois de la cotisation.

Après avoir assuré leurs adhérents contre *la maladie*, les Sociétés de secours-mutuels veulent encore leur procurer une *somme au décès* et une *retraite* contre la vieillesse.

Jusqu'à l'intervention des *actuaires*, que la Ligue nationale a introduits dans ses comités techniques, les sociétés n'établissaient leur budget qu'au hasard.

Maintenant la ligue tend à leur démontrer que, pour obtenir ces résultats accessoires de l'assurance contre la maladie, qui est leur but essentiel, il faut distraire de la cotisation des sommes déterminées, si on veut être certain de parvenir aux buts divers qu'on se propose.

Les calculateurs leur disent : ne comptez que sur la cotisation et sur vos réserves ; ne faites pas état des *subventions*, des *cotisations des membres honoraires* ; n'ayez pas la prétention d'admettre aux soins médicaux, les femmes et les enfants, sans exiger une cotisation.

Il faut que chaque dépense assurée ait une recette correspondante. Donc la cotisation doit pourvoir aux 3 assurances : *maladie* ; *somme au décès* ; *retraite*.

Ces trois chapitres convenablement pourvus, vous consacrerez vos ressources éventuelles, les dons de toute nature, variables chaque année, aux *secours* en cas de besoin pressant, aux frais de funérailles, d'administration, etc., et en cas d'excédent, à vos *réserves*.

Ici se présente, pour la *ligue de la mutualité*, une très grave question sur laquelle, encore, elle devra prendre un parti, afin de le traduire, dans la pratique, par un conseil aux Sociétés formées, ou à celles qui se fondent.

Qui doit-on inscrire sur les listes des participants ?

La réponse paraît simple, au premier abord ; *on doit inscrire celui qui cotise*. C'était ainsi à l'origine. Les Sociétés de secours mutuels avaient été fondées au bénéfice exclusif du travailleur, de l'ouvrier, qui vit, lui et sa famille, de son salaire et qui, lorsque la maladie l'atteint, se trouve obligé de recourir à la charité de ses voisins, s'il n'a pas fait acte de prévoyance et cotisé, en vue de cette fâcheuse occurrence.

On s'associait ; on versait une cotisation et la caisse commune supportait les risques communs. On avait trouvé des personnes généreuses qui avaient voulu favoriser les travailleurs et qui leur disaient : Nous ferons partie de votre Société ; nous verserons une cotisation, dont nous ne réclamerons pas le bénéfice ; nous serons *membres honoraires* ; en outre, nous vous aiderons à fonctionner, en administrant vos Sociétés, de concert avec vous, et gratuitement. Nous irons trouver les médecins. nous leur demanderons de s'unir à nous et de nous donner leurs soins, aux conditions les plus réduites.

Les Sociétés se fondèrent ; elles eurent des destinées diverses ; les unes prospères, les autres difficiles. Parmi les travailleurs, qui seuls en faisaient partie, on vit bientôt entrer des ouvriers employant eux-mêmes d'autres ouvriers ; de petits commerçants, heureux de bénéficier des soins du médecin, des remèdes, de l'indemnité. Parmi les ouvriers, il s'en rencontra qui s'enrichirent. Les scrupuleux déclaraient qu'ils ne seraient plus participants ; ils devinrent membres honoraires. Les plus avides continuèrent à verser leur cotisation et à participer à tous les bénéfices de l'œuvre. On vit des patrons, des commerçants, des petits rentiers, fonder des Sociétés de secours. On *s'assurait contre la maladie*. Ce but philanthropique, le bien à faire au tra-

vailleur, qui n'a que ses bras pour ressources, sa santé pour fortune, était oublié! On vit, dans certaines localités, les Sociétés se multiplier à tel point, que bientôt tous les malades, quelle que fût leur condition sociale, se trouvaient embrigadés, sous la bannière de la mutualité, à titre de *participants* et rarement de *membres honoraires.*

Le contrat primitif était vicié; la victime de cette déviation, c'était le médecin, qui ne se trouvait plus en face d'une œuvre humanitaire, mais d'une œuvre d'assurance contre la maladie.

Il est évident que cette situation ne peut se prolonger et qu'il faudra reviser les termes du contrat primitif. Nous voudrions faire cet examen de concert avec la ligue nationale de la mutualité ; *la liste des mutualistes ne peut être dressée sans l'intervention du principal intéressé, le médecin.* L'inscription facultative de tout venant sur les listes ; le maintien de ceux qui sont devenus patrons ou riches, est un de nos griefs essentiels.

Cette difficulté sera résolue lorsque les calculateurs de la ligue auront démontré, à tous les mutualistes, la somme dont, chaque année, le médecin fait présent à chacun d'eux. Ils comprendront que ce cadeau ne peut être fait qu'à celui qui est homme de peu de ressources et non à celui qui est relativement riche. Comment le médecin trouverait-il. dans son très étroit budget, le moyen de gratifier le pauvre, si le riche prétend, lui aussi, recevoir ses bienfaits ? L'homme aisé, qui entre, comme participant, dans une Société de secours, le fait au détriment du travailleur, puisqu'il appauvrit le premier bienfaiteur de celui-ci, le médecin.

En un mot, le médecin doit intervenir, toutes les fois qu'un nouvel adhérent se fait inscrire ; de plus, chaque année, les listes doivent être revisées, avec son concours, pour éliminer les mutuellistes dont la situation s'est améliorée au point de ne plus pouvoir les considérer comme des gens vivant de leur salaire. Si les Sociétés veulent vivre, il faut qu'elles regardent en face les plaies qui les rongent et qu'elles y portent remède.

Les calculateurs de la ligue de la mutualité doivent, en conséquence de ce qui précède, se livrer à diverses opérations :

1° Etablir la moyenne des journées de maladie.

2° Proposer ensuite : 1° un prix de visite ; 2° un tarif pour les soins autres que la visite (opérations, accouchements, petite chirurgie, consultations au cabinet).

Ces prix une fois établis, ainsi que les moyennes des journées de maladie, on les multipliera par le nombre des sociétaires inscrits sur les listes.

Il est bien entendu que chaque *journée de maladie* ne nécessitera pas, en général, une visite du médecin. Si on admet, par exemple, une moyenne de cinq journées, il faudra tabler, au moins, sur trois visites : la *première* avec certificat de maladie ; une *seconde* et la *dernière* avec certificat de rétablissement.

La moyenne des visites par tête de sociétaire acquise, on en fixera le prix qui devra être déduit de la cotisation statutaire.

Il faudra ensuite prélever, sur cette cotisation : 1° le prix des remèdes et des appareils ; 2° l'indemnité journalière de chômage ; 3° la prime, en vue de la somme au décès ; 4° la prime, en vue de la retraite.

Si la Société de secours veut donner des soins aux *femmes et aux enfants*, les calculateurs devront établir la moyenne des journées de maladie des nouveaux participants qui, pour les enfants au moins, ne cotiseront, ni pour l'indemnité de chômage, ni pour la somme au décès, ni pour la retraite.

Les moyennes des rétributions dues aux médecins permettront ainsi d'établir, d'une façon équitable, le prix de l'abonnement, ou le prix par visite, selon que les Sociétés adopteront l'un des deux modes.

Alors les médecins interviendront et, après examen des calculs, ils pourront consentir la somme de sacrifices qu'ils veulent bien faire aux Sociétés de secours, à la condition que, chaque année, au budget des Sociétés, on énoncera : 1° ce qui leur est dû ; 2° la somme dont ils ont fait présent à la Société.

Qu'on ne vienne pas nous dire que l'énonciation, au budget, de la somme abandonnée par les médecins, est une énonciation *platonique*, sans utilité, sans aucune sanction !

Nous la considérons comme essentielle, comme la condition, sine qua non, du consentement des médecins à continuer leurs relations avec les Sociétés, car ils ne peuvent être les gardiens des intérêts des mutuelles, s'ils n'ont *dignité* et *autorité*.

Dire leurs bienfaits, chaque année, c'est leur rendre l'hommage qui leur est dû, leur rendre leur place véritable, faire disparaître les préjugés dont ils ont souffert jusqu'à ce jour.

(*A suivre.*)

A. Cézilly.

LA SEMAINE MÉDICALE

Durée de l'isolement des enfants des écoles atteints de maladies contagieuses.

Dans une dernière séance, l'Académie de médecine a voté, presqu'à l'unanimité, les conclusions suivantes du rapport de M. *Ollivier* sur la durée de l'isolement des enfants atteints d'affections contagieuses :

A. 1° La durée de l'isolement imposé aux élèves atteints de maladies contagieuses, comptée à partir du début de la maladie (premier jour de l'invasion) devra être de quarante jours pour la scarlatine, la variole, la varioloïde et la diphthérie ;

2° Elle ne sera que de seize jours pour la rougeole et la varicelle ;

3° En ce qui concerne la coqueluche, l'isolement devra être prolongé trois semaines après la cessation complète des quintes caractéristiques ;

4° Il sera maintenu aussi pour les oreillons pendant dix jours après la disparition des symptômes locaux.

B. 1° Les mesures hygiéniques suivantes devront être prises avant de permettre la rentrée dans les établissements scolaires :

Lotions nasales, buccales et pharyngées avec des solutions antiseptiques ;

Bains savonneux et frictions générales portant même sur le cuir chevelu ;

Désinfection rigoureuse à l'étuve à vapeur sous pression des vêtements que l'élève avait au moment où il est tombé malade.

2º Conformément aux conclusions des règlements précédemment en vigueur :

a) La chambre d'isolement devra être soigneusement aérée. Les parois et les meubles seront lavés avec une solution de sublimé à 1 °/₀₀. Les objets de literie et les rideaux seront passés à l'étuve, ainsi que les matelas.

b) L'élève qui aura été atteint, en dehors d'un établissement d'instruction publique, de l'une des maladies contagieuses énumérées plus haut, ne pourra être réintégré que muni d'un certificat de médecin constatant la nature de la maladie et les délais écoulés et attestant que cet élève a satisfait aux prescriptions ci-dessus énoncées.

Ces mesures sont fort sages, et nous espérons qu'on les fera exécuter strictement par tous les moyens possibles, avec l'aide et la protection de l'administration.

MÉDECINE PRATIQUE

Les gastro-entérites par intoxication alimentaire.

Nous sommes dans la saison où les gastro-entérites règnent avec la plus grande intensité chez les adultes aussi bien que chez les enfants. Il nous semble donc bien de circonstance d'en dire quelques mots aujourd'hui.

Sous le nom de gastro-entérites, les médecins d'enfants rangent toutes les affections des nouveau-nés, qui se traduisent par des vomissements et de la diarrhée et qui, à l'autopsie, se caractérisent par de la rougeur plus ou moins étendue de la muqueuse gastro-intestinale et quelquefois par de la psorentérie. Cette catégorie d'affections est le plus souvent causée par la mauvaise alimentation, par une sorte d'empoisonnement dû aux ptomaïnes, qui se développent dans le lait altéré ou dans les soupes plus ou moins fraîches. Chez l'adulte, les mêmes accidents peuvent survenir à la suite d'empoisonnements analogues et on les désigne souvent sous les noms de cholérine, de choléra nostras même. Bien des cas de diarrhée cholériforme avec crampes et vomissements classés dans les dernières épidémies comme de véritables cas de choléra, n'étaient autres que des gastro-entérites infectieuses ou par intoxication.

Depuis quelques années les gastro-entérites infectieuses microbiennes sont très étudiées, et c'est le bacille commun du côlon qui en fait tous les frais; c'est encore lui qui actuellement est le b.... acille émissaire, c'est lui la cause de toutes les diarrhées, de toutes les inflammations intestinales, *Peter* en a même fait le père du bacille virgule ; *Sevestre* l'a trouvé dans bon nombre de broncho-pneumonies et ses élèves l'ont rencontré dans des collections purulentes métastatiques, dans des otites, dans des stomatites, etc.

Nous ne nions pas la réalité de ces infections bacillaires ; mais nous sommes fermement convaincu que bien des gastro-entérites aiguës et suraiguës sont de nature toxique. On ingère sans s'en douter un aliment altéré ou l'aliment s'altère dans le tube digestif par suite d'un trouble de sécrétion quelconque et un poison s'en dégage qui, à très faible dose, suffit pour provoquer l'inflammation, la congestion de la muqueuse gastro-intestinale et des spasmes antipéristaltiques.

C'est sur cette catégorie d'intoxications que nous allons fixer aujourd'hui notre attention.

I

Etiologie.

Nous n'insistons pas sur la symptomatologie, qui est banale : Un certain temps après le repas, le malade est pris brusquement de vertiges, de malaises, de sueurs froides, de pesanteur stomacale, puis surviennent des vomissements, des crampes, de la diarrhée ; rarement les phénomènes vont jusqu'à l'algidité cholériforme. Les selles sont très fréquentes, claires, riziformes même et s'accompagnent d'épreintes, de ténesme très douloureux

Les vomissements sont alimentaires, d'odeur acide, aigre ou nauséeuse ; ils peuvent être bilieux. La température générale est habituellement basse : 37° ou 36°5 ; le pouls petit, dur, serré. Entre les selles, le malade a de violentes coliques et souvent des lipothymies, plus rarement des syncopes.

Ces phénomènes durent deux ou trois jours environ ; ils sont suivis d'une période de convalescence, le plus souvent, courte, — et se terminent par la guérison chez l'adulte, mais sont généralement mortels pour les très jeunes enfants.

A l'autopsie on ne trouve habituellement que de la rougeur de la muqueuse gastro-intestinale, principalement dans l'intestin grêle et le cœcum. La muqueuse est vineuse, presque violacée, parsemée de petites saillies ressemblant assez à celles de la peau dans la chair de poule, et présente l'aspect désigné sous le nom de *psorentérie.*

Le contenu est généralement très acide ou neutre ; il exhale une odeur nauséeuse, quelquefois putride ; l'analyse y décèle la présence de traces de poisons extrêmement toxiques du genre des ptomaïnes et des toxines, qui injectés à des cobayes produisent des phénomènes cholériformes très nets.

Quelles sont les conditions dans lesquelles surviennent ces productions toxiques intra-stomacales ? Le plus souvent, c'est en été ou pendant les périodes chaudes du printemps ou de l'automne, que l'on voit se produire ces affections quasi-subites qui effraient autant par leur soudaineté que par leur gravité ; les malades ou leur entourage croient à un empoisonnement.

La malpropreté, la négligence dans le choix et la préparation des aliments sont souvent mis en cause et, de fait, on a parfois raison. Ce qu'il faut rechercher surtout, c'est la qualité et la nature des aliments. Nous viserons surtout ici les aliments solides, car les liquides, tels que l'eau malsaine ou non filtrée, le cidre falsifié, la mauvaise bière ou le mauvais vin provoquent des diarrhées par infections microbiennes (bacille du côlon, bacille d'Eberth), ou par véritable empoisonnement minéral, les corps introduits par le contrefacteur étant de véritables poisons (aniline, acide salicylique, mélasses impures, etc.).

Au contraire, les aliments solides, viandes, poissons, légumes, fruits, laitages, sont de dangereux réceptacles de poisons animaux ou végétaux, qui irritent le tube digestif et amènent une sorte de brusque révolte.

Les viandes les plus dangereuses sont le gibier faisandé, les volailles ou les viandes de boucherie avancées ; les poissons les plus à redouter sont les homards et langoustes, les moules, les coquillages, les petits poissons de friture (éperlans, ou autres) ; les légumes grands producteurs de ptomaïtoxines sont les choux, les artichauts, certains haricots blancs, et tous les légumes vieux ayant subi des altérations parasitaires (moisissures, etc.); enfin nous savons combien les fruits trop mûrs pris en abondance peuvent provoquer de troubles graves et subits dans le tube digestif ; citons surtout les melons, les prunes, les poires, les pommes, les groseilles, les cerises malsaines.

Mais ici, il faut tenir compte de phénomènes surajoutés, qui ont une action de même sens que celle des poisons produits dans l'estomac ; les fruits très mûrs sont riches en sels minéraux purgatifs, (malates, tartrates, citrates de potasse), et ils sont souvent recouverts à leur surface de nombreuses cultures microbiennes, qui pullulent dans les parties pourries. Toutes ces causes sont plus que suffisantes pour faire des fruits avancés de dangereux aliments à ingérer pour l'estomac et l'intestin ; leur triple effet émétocathartique amène une inflammation souvent très tenace de la muqueuse intestinale.

Enfin, les laitages, fromages, beurres avariés, lait tourné, contiennent de fortes doses de poisons animaux, surtout dangereux pour les jeunes enfants. Les adultes n'en sont pas incommodés, la plupart du temps ; mais les petits malheureux, qui n'ont que le biberon ou le verre pour se nourrir, sont à tout instant exposés à ces empoisonnements subits, qui en quelques heures les plongent dans un collapsus extrêmement grave.

Chez les petits enfants au sein, il peut arriver quelquefois aussi des accidents de gastro-entérite par intoxication alimentaire.

Ceci tient à une altération des sécrétions digestives, sous l'influence d'un surmenage d'alimentation. Beaucoup d'enfants sont, qu'on me passe l'expression triviale, pendus toute la nuit et toute la journée au sein de leur mère. Le lait arrivant dans l'estomac avant que le repas précédent soit digéré, forme un coagulum aussi volumineux que l'estomac lui-même et le tube digestif se trouve complètement obstrué. Naturellement, si de nouvelles quantités de lait sont ingérées, elles ne passeront pas et seront régurgitées.

Le plus souvent, l'enfant s'endormira par le fait de la surdistension de son estomac, et la digestion se ralentira encore. Le coagulum laiteux, à la température où il se trouve dans l'estomac, ne va pas tarder à s'altérer ; les bactéries qui peuvent y être contenues et les ferments digestifs vont y développer des ptomaï-toxines, qui ne tarderont pas à faire sentir leur présence.

Tout à coup, l'enfant se réveille, est pris de mouvements convulsifs, contracte ses traits, et fait des efforts de vomissements.

Bientôt les selles glaireuses jaunâtres, puis blanches ou verdâtres se succèdent, les vomissements continuent, l'enfant blêmit, ses yeux s'excavent ; en quelques heures, il paraît *fondu* de moitié, son facies est grippé comme si le péritoine était atteint.

C'est la gastro-entérite par intoxication alimentaire chez l'enfant, ou choléra infantile. Si l'on n'intervient pas activement, il est rare que l'enfant puisse réagir suffisamment et la mort arrive promptement. Il y a des formes moins graves heureusement que celle que nous venons de décrire, mais c'est par le même mécanisme que se fait l'empoisonnement ; la dose du poison est moins forte, ou bien l'enfant est plus vigoureux pour réagir, voilà seulement ce qui diffère.

II

Traitement.

Les gastro-entérites alimentaires sont, nous l'avons vu, toujours brusques et soudaines ; il faut donc toujours leur appliquer un traitement prompt et énergique, d'autant plus que, si elles ne sont pas souvent mortelles pour les adultes, elles les mettent tout d'un coup dans un état d'affaiblissement, qui les rendent susceptibles de contracter toutes sortes de maladies infectieuses.

C'est ainsi que le choléra, quand il est à l'état épidémique, succède souvent à la gastro-entérite. Il faut donc y parer rapidement.

Chez l'adulte, on peut avoir recours aux différents moyens suivants :

1° Le remède populaire est excellent ; c'est, on le sait, une infusion bien chaude de thé ou de tilleul aromatisée de cognac, de rhum, d'anisette, d'eau de mélisse, d'alcool de menthe.

C'est évidemment le premier traitement élémentaire auquel on devra avoir recours. Il y a un remède un peu plus brutal et, par conséquent, non applicable au moins au beau sexe ; c'est une forte dose de cognac, ou de punch ; certains se guérissent fort bien avec une demi-bouteille de bon vin de Champagne, prise par petites gorgées de cinq en cinq minutes. Il importe pour ce genre de traitement de n'employer que de bons vins ou de bons cognacs, sans quoi, le remède serait pire que le mal.

2° Le véritable traitement médical comprend deux points : A) arrêter les vomissements et diminuer la diarrhée à la phase suraiguë ; B) débarrasser l'organisme des poisons qui ont irrité l'intestin.

A. Pour parer aux premiers accidents, le laudanum ou toute préparation opiacée sont généralement suffisantes. On donne trente gouttes de laudanum dans du thé bien chaud ou mieux encore quarante à cinquante gouttes d'élixir parégorique dans une infusion de menthe poivrée bien chaude.

A ce moment, il est peu utile de gaver le malade d'antiseptiques intestinaux.

On prescrira le lait, l'eau de chaux, une eau minérale alcaline ; de préférence, on donnera du lait stérilisé :

On peut stériliser le lait de vache à domicile, en le portant à une température de 100 degrés au bain-marie, dans de petits flacons contenant la ration, le repas d'un enfant (procédé de Soxhlet). Mais cette stérilisation est imparfaite, elle

ne tue pas tous les microbes, et elle ne peut donner au lait de vache employé les qualités qu'il n'a pas. Si ce lait, comme cela arrive souvent, a été écrémé, coupé, fraudé, l'ébullition le rendra stérile sans le rendre bon. Il est préférable d'avoir recours au lait stérilisé du commerce qui, porté à une haute température (115 ou 120 degrés), est absolument stérile et qui a l'avantage d'être un lait naturel, pur et contenant tout son beurre et sa caséine.

Le malade se couchera, avec des boules d'eau chaude aux pieds ; au besoin on lui fera quelques frictions sèches aux membres inférieurs, ou on appliquera des sinapismes. Le lendemain matin, doit commencer la 2e partie du traitement :

B. Une purgation. La purgation doit être de préférence *saline* (sulfate de soude, de magnésie, limonade au citrate de magnésie) et abondante. Cependant, si le malade ne peut supporter une grande quantité de boisson, on administrera comme purgatif un gramme cinquante de *calomel à la vapeur* en 4 doses, à prendre dans du lait toutes les 10 minutes. La purge suffit souvent pour arrêter la diarrhée et les vomissements s'ils n'ont pas cédé au premier moyen employé. Mais, il ne faut pas s'en tenir là ; il est prudent, afin d'éviter tout retour offensif, de donner alors des antiseptiques intestinaux et le roi des antiseptiques intestinaux est certainement encore le sous-nitrate de bismuth.

Sous-nitrate de bismuth....	4 grammes.	
Julep gommeux..............	60	—
Élixir parégorique.........	x gouttes.	

Agiter avant de s'en servir ; une cuillerée à soupe d'heure en heure.

Le benzonaphtol, le bétol, le salicylate de bismuth sont aussi d'une grande utilité ; mais nous les croyons inférieurs comme résultats. On peut prescrire :

Bétol..................	60 centigrammes.
Sucre en poucre........	2 grammes.

Pour un paquet ; prendre toutes les deux heures un paquet semblable dans une cuillerée de lait.

Benzo-naphtol.........	60 centigrammes.	
Bicarbonate de soude..	60	—

Pour un paquet ; cinq semblables tous les jours dans du lait.

Salol..................	35 centigrammes.
Sucre en poudre.......	2 grammes.

Pour un paquet ; cinq par jour dans du lait.

Chez l'enfant au sein, il faudra insister sur l'hygiène alimentaire, espacer les tétées, donner une petite cuillerée d'eau de chaux après chaque tétée, ou d'eau minérale alcaline.

« L'eau de chaux se prépare de la façon suivante :

On prend de la chaux hydratée qu'on lave pendant vingt-quatre heures avec cinquante fois son poids d'eau. On rejette cette eau et on la remplace par cent fois le poids d'eau distillée ; on agite de temps à autre et on conserve dans un flacon bien bouché. On décante et on filtre au moment du besoin. L'eau de chaux retient par litre 1 gr. 285 de chaux caustique. On la prescrit à la dose de 10, 15, 20, 30 grammes par jour, suivant l'âge des enfants. Elle sert à couper le lait ou les différentes potions prescrites dans les diarrhées de la première enfance.

En même temps qu'on essaiera de faciliter la digestion du lait à l'aide d'une eau alcaline, on veillera sur le régime de la nourrice, sur son alimentation, qui ne devra pas être trop azotée, sur ses boissons qui ne seront ni trop alcooliques, ni trop abondantes ; la bière légère ou l'eau rougie (2 litres par jour en moyenne) sont les plus usitées. On recommandera l'exercice modéré et quotidien, les sorties et promenades au grand air. Si la nourrice vient à être réglée et si la diarrhée ne dure que le temps des règles, on patientera ; si elle ne cède pas, on changera de nourrice.

En somme, pour la diarrhée des enfants nourris au sein, peu ou pas de médicaments, traitement hygiénique » (1).

Pour l'enfant au biberon, il faudra immédiatement employer le lait stérilisé, ou le lait humanisé stérilisé.

Il semble que la stérilisation du lait le rende plus facile à digérer ; le lait de vache ordinaire se coagule en gros fragments dans l'estomac des nourrissons et n'est attaqué qu'avec difficulté par le suc gastrique ; le lait stérilisé, au contraire, se précipite en grumeaux plus fins et se rapproche ainsi du lait de femme.

Le *lait humanisé stérilisé* est également un lait de vache, mais un lait *décaséiné* et se rapprochant alors, par sa composition, du lait de femme. La caséine est enlevée par les moyens ordinaires de la fabrication des fromages ; on stérilise à 118 degrés, au moyen de l'étuve à vapeur sous-pression (Vigier).

De plus, on donne à l'enfant le remède du professeur Hayem, l'acide lactique, formulé comme il suit :

Acide lactique.........	2 grammes.	
Sirop de framboises....	30	—
Eau distillée..........	100	—

Cette potion se donnera par cuillerées à café dans les vingt-quatre heures, pour les enfants de trois à douze mois.

L'enfant épuisé et mis à sec par les pertes qu'il subit accuse une soif très vive, qu'il faut satisfaire dans une bonne mesure.

On peut conseiller, à un adulte atteint de diarrhée, de boire le moins possible, et de résister à la soif. Il y aurait danger à priver de boissons le jeune enfant atteint de diarrhée.

« Tout ce qu'on doit faire, c'est de lui donner des liquides purs et stérilisés : lait stérilisé, eau stérilisée, etc. Les vases, biberons, cuillers, tasses, seront lavés à l'eau bouillie.

Si ce traitement échoue, on aura recours aux suivants :

Acide chlorhydrique...	25 centigrammes.	
Sirop de guimauve....	30 grammes.	
Eau distillée.........	100	—

Par cuillerées à café de deux en deux heures.

Salicylate de bismuth...	2 grammes.	
Eau de chaux..........	60	—
Sirop de grande consoude	40	—

Par cuillerées à café d'heure en heure.

(1) Comby. *Gaz. des hôp.*, 1891, page 658.

Extrait de ratanhia.....	1 gramme.
Élixir parégorique.......	x gouttes.
Eau de riz..............	40 grammes.
Sirop de coings.........	30 —

Par cuillerées à café d'heure en heure.

Sous-nitrate de bismuth.	2 grammes.
Laudanum de Sydenham	1 goutte.
Cognac.................	10 grammes.
Sirop de ratanhia.......	30 —
Eau bouillie............	30 —

Agiter avant de s'en servir et donner par cuillerées à café de demi-heure en demi-heure.

Eau de menthe..........	40 grammes.
Eau de chaux..........	20 —
Sirop de cachou	25 —
Laudanum de Sydenham	1 goutte.

Par cuillerées à café d'heure en heure (Archambault).

Si la diarrhée ne cède pas, on essaiera le dermatol (sous-gallate de bismuth) :

Dermatol........	25 centigrammes
Julep gommeux.	5 grammes.

Une cuillerée à café toutes les deux heures, ou le salol, le bétol, le benzo-naphtol, et généralement tous les antiseptiques intestinaux usités :

Salol...........	50 centigrammes.
Sucre en poudre.	5 grammes.

Faire dix paquets, un toutes les heures, dans une cuillerée à café de lait.

On prescrira de même le bétol et le benzo-naphtol : de un à deux ans, on portera la dose quotidienne à 1 gramme.

On donnera aussi le calomel à la dose de 5 centigrammes, répétée deux ou trois fois par jour, suivant l'âge de l'enfant et l'intensité du cas.

Si la diarrhée ne s'arrête pas, on prescrira le lavement :

Eau de chaux........	40 grammes.
Eau de riz...........	60 —
Laudanum de Sydenham	1 goutte.

En cas d'algidité, on fera des frictions stimulantes, on donnera des bains sinapisés, on fera prendre quelques cuillerées à café de grog, de thé au rhum, etc.

Pour remédier à la déshydratation des tissus, il est indiqué de faire des injections sous-cutanées de sérum artificiel ; on peut se servir de la formule de M. Hayem :

Eau stérilisée......	1.000 grammes.
Sulfate de soude...	10 —
Chlorure de sodium.	5 —

On peut injecter sous la peau des cuisses ou du ventre, à l'aide d'un irrigateur ou d'un réservoir à deux tubulures muni d'un caoutchouc et d'une aiguille creuse, 100, 150, 200 grammes de ce liquide à 38 ou 40 degrés.

A défaut de cet appareil, on pourrait, à l'exemple de M. Hénoch, faire les injections avec une seringue de Pravaz ; mais on serait dans la nécessité de multiplier les piqûres (1). »

En résumé, le traitement des gastro-entérites doit consister à débarrasser le plus promptement possible le tube digestif des toxines, qui y sont accidentellement contenues, et de réaliser ensuite une asepsie bien comprise de l'alimentation, afin de ne pas greffer sur la première inflammation de la muqueuse une nouvelle irritation par infection microbienne, plus redoutable encore que l'intoxication ptomaïnique.

Il faut faire de la prophylaxie, en évitant soigneusement les viandes faisandées, les poissons avancés, les légumes et les fruits légèrement avariés.

Imitons certains animaux dans leur prudence éclectique alimentaire, et regardons bien attentivement les morceaux avant de leur faire franchir notre gosier. Surtout veillons sur ce que l'on fait absorber aux malheureux nourrissons ; combattons avec acharnement ces épouvantables breuvages lactiformes qu'on leur fait sucer tranquillement dans des biberons infects ou même dans des verres d'apparence trompeuse.

Il est plus facile d'empêcher que de guérir.

Dr Paul Huguenin.

(1) Comby, loco citato.

VARIÉTÉS

Du procédé des tractions rythmées de la langue dans les diverses asphyxies,

Par J.-V. Laborde, membre de l'Académie de médecine.

Depuis que, dans ma première communication à l'Académie (5 juillet 1892), j'ai fait connaître, avec ses heureuses applications à l'asphyxie par submersion, le procédé des tractions rythmées de la langue, ces applications se sont multipliées et elles se sont étendues, selon nos prévisions, aux diverses variétés d'asphyxie, notamment à l'asphyxie des nouveau-nés ; aux asphyxies toxiques ; à l'asphyxie spasmodique et tétanique ; à l'asphyxie par strangulation.

Emploi du procédé dans l'asphyxie des nouveau-nés. — Un certain nombre de cas d'asphyxie des nouveau-nés traités, avec succès, par le procédé des tractions de la langue, alors que les autres procédés habituellement en usage avaient échoué, se sont déjà produits, et ils ont été communiqués, à l'Académie, soit par moi, soit par leurs auteurs.

Mais il n'en est pas d'aussi intéressant et d'aussi probant, que le cas suivant, dû à un de nos confrères italiens, M. le docteur Ettore de Minicis (de Rimini).

En voici le résumé :

« Appelé d'urgence auprès d'une femme déjà avancée en âge et multipare en travail d'accouchement, avec des douleurs inefficaces, depuis environ trente-six heures, M. de Minicis fut contraint d'appliquer le forceps sur la tête, bien fixée au détroit supérieur, et, à la suite de quelques tractions, amena un fœtus à terme, du sexe féminin, complètement asphyxié, mais vivant toutefois, ainsi qu'en témoignaient encore les battements du cœur, quoique extrêmement débiles. Vu l'état grave de la mère M. de Minicis dut d'abord s'occuper d'elle, et confia l'enfant à une parente. Après s'être rendu maître de l'hémorrhagie, il put passer à l'examen du nouveau-né, que la dame, à qui il l'avait confiée, considérait comme mort. Tous les moyens employés étant restés sans résultats, sa première pensée fut le cathétérisme des voies aériennes, pour les

débarrasser des matières étrangères qui avaient pu accidentellement y pénétrer. Aucun effet ne se traduisit, pas plus qu'en insufflant doucement, par le cathéter, de l'air dans les poumons, et le faisant ensuite sortir au moyen d'une légère pression exercée sur le thorax.

M. de Minicis eut alors recours à la respiration artificielle, en mettant en œuvre, l'une après l'autre, et pendant un certain temps, les méthodes de Schultze et de Pacini ; mais voyant qu'aucune ne réussissait, il résolut, comme *ultima ratio*, d'essayer la méthode de Laborde.

Ayant placé le nouveau-né dans la position demi-assise, il ouvrit la cavité buccale, et, saisissant la langue entre le pouce et l'index de la main droite, il commença à exercer sur elle des tractions, à des intervalles brefs et réguliers, les rendant graduellement plus fortes ; après un intervalle de temps nécessité par une vingtaine de tractions, environ, il put voir se soulever le petit thorax, en même temps qu'il entendait un léger vagissement.

Il continua, alors, plein de confiance dans le succès, à exécuter les tractions, et, s'aidant des autres moyens, il put, au bout de peu de temps, voir s'établir une respiration régulière, complète, avec des vagissements maintenant vigoureux. »

M. le docteur Roux (de Lorient) adressa à M. Laborde la lettre suivante :

« Je viens porter à votre connaissance la résurrection que j'ai opérée par le procédé de la langue, sur un nouveau-né.

J'ai été appelé, la tête étant au détroit supérieur avec procidence du cordon.

A l'auscultation, le stéthoscope ne faisait entendre aucun battement du cœur.

Le forceps Tarnier est appliqué rapidement.

L'enfant ne respire pas ; les pulsations du cœur sont à peine perceptibles à la main, et très rares.

Les tractions sur la langue ont amené des hoquets de plus en plus rapprochés suivis d'une respiration régulière.

Le premier cri a été émis après quarante minutes.

Voilà un citoyen qui vous doit la vie. »

Le *Journal de clinique et de thérapeutique* publiait, dans son numéro du 1er juin dernier, dans sa correspondance des départements, une relation par M. Escande (de Layrac) d'un cas semblable.

Procédé des tractions rythmées de la langue dans les asphyxies toxiques. — Voici un cas d'asphyxie toxique dans lequel l'intervention du procédé de la langue a donné un résultat positif, non moins remarquable :

Une dame, atteinte d'une affection mentale, est placée dans une maison spéciale de santé, où, le jour même de son entrée, M. Laborde venait faire son service d'inspection.

Dès son arrivée, le médecin de la maison lui annonçait qu'une malade, entrée depuis quelques heures à peine, venait de s'empoisonner, et qu'elle était mourante. Elle avait avalé un flacon entier de bromidia.

Tous les moyens employés en pareille occurrence restèrent sans résultats et la malade, au moment de l'arrivée de M. Laborde, était dans l'état suivant :

Pâleur extrême et refroidissement général ; insensibilité absolue ; absence de pulsation artérielle ; mouvements et bruits du cœur insaisissables ; à de longs intervalles, soulèvement à peine visible et perceptible de la paroi thoracique, donnant l'idée d'une respiration qui est à son dernier souffle, et qui s'éteint.

En relevant les paupières complètement closes, il constate une dilatation pupillaire en rapport avec le processus asphyxique, qui touche presque à sa période extrême. M. Laborde écarte, avec une cuiller, les mâchoires légèrement contracturées, et saisit entre le pouce et l'index de sa main droite l'extrémité de la langue, sur laquelle il tire assez fortement et rythmiquement de quinze à vingt fois par minute.

Dès les huit ou dix premières tractions, il se produit une série d'inspirations profondes, qui tendent de plus en plus à se rapprocher et à se régulariser.

Vers la dixième minute, environ, la respiration s'est suffisamment rétablie pour que la face se soit sensiblement colorée, que la pulsation radiale et les contractions cardiaques commencent à être perçues ; mais non pour qu'il soit possible et paraisse prudent d'abandonner la manœuvre, qui a provoqué et qui maintient ce résultat ; car, dès que l'on essaie cet abandon, et que l'on cesse les tractions linguales, la respiration s'affaiblit, tout en se ralentissant, avec une tendance marquée à se suspendre ; et simultanément les symptômes de la mort apparente tendent à reparaître.

On continue donc, sans relâche, les tractions linguales : et ce n'est qu'au bout de trente à quarante minutes que l'on croit pouvoir considérer comme assuré le rétablissement de la fonction respiratoire.

Cette malade fut complètement sauvée.

Ce fait confirme l'indication du procédé de la langue dans les nombreuses intoxications, dont les accidents graves et la mort procèdent essentiellement du mécanisme et du processus asphyxiques ; telles sont, notamment :

L'intoxication chloralique et bromique — à laquelle se rattache, en majeure partie, celle qui a été déterminée par le médicament composé ci-dessus ; — l'intoxication chloroformique ; desquelles peuvent être rapprochées les intoxications convulsivantes, dont le type est celle des strychninés, et celles qui sont déterminées, par l'opium et ses principes, etc.

M. le docteur Felizet a communiqué à M. Laborde le fait suivant :

Un enfant âgé de neuf ans a été blessé à l'avant-pied par un coup de feu accidentel.

On fait un pansement antiseptique, sans débridement, et sans recherche et ablation des projectiles.

Sept jours après, on constate du trismus et le lendemain un tétanos confirmé.

L'enfant est porté sur la table d'opération ; pendant ce transport, il est pris d'une crise tétanique qui le met en état de mort apparente. M. Felizet ouvre immédiatement la bouche et pratique des tractions de la langue, selon le procédé de Laborde.

Après deux minutes, la respiration se rétablit.

L'enfant succombait, le soir, à une nouvelle crise tétanique.

N'y a-t-il pas lieu de penser, d'après ce qui précède, que la mort eût pu, encore une fois, être conjurée, si l'on eût renouvelé, dans cette nouvelle crise, les tractions linguales ?

Quoi qu'il en soit, l'efficacité du procédé dans l'asphyxie tétanique ne semble pas douteuse, et c'est là une indication nouvelle qu'il importe de ne pas négliger.

M. le docteur Coutenot (de Besançon) a communiqué à M. Laborde un cas de résurrection momentanée de la respiration et de la circulation, par son procédé.

Il s'agit d'une jeune fille de treize ans qui succombait au septième jour d'une méningo-encéphalite de nature scrofulo-tuberculeuse.

Le 10 mai, au matin, on avertit M. Coutenot, pendant la clinique, que cette jeune malade, en agonie depuis une heure, venait de succomber ; il arrive près de son lit trois à quatre minutes après ; la religieuse qui avait reçu son dernier soupir s'était déjà retirée. On est en présence d'un cadavre. Il vient à l'idée de M. Coutenot de faire connaître aux élèves la découverte de M. Laborde et de leur décrire son mode opératoire, ne pensant nullement à une réussite.

Il saisit la langue de la malade restée entre les dents et l'étire fortement par un mouvement rythmique, en la ramenant chaque fois quelque peu entre les dents : cet étirement est renouvelé environ quarante à cinquante fois pour une minute.

Au bout de trois minutes, la lividité est moins violacée : après quatre minutes environ, les ailes du nez semblent remuer quelque peu, puis ce mouvement devient manifeste, chacun se penche sur ce cadavre pour y saisir quelque signe nouveau.

L'étirement est continué, chacun de nous se rechange pour l'opérer méthodiquement. Un léger bruit guttural se fait entendre, puis on saisit un court frémissement thoracique ; on découvre la malade, on perçoit manifestement un mouvement ascensionnel progressant des côtes et une action du diaphragme.

On ausculte le cœur, d'abord rien d'appréciable, puis un léger susurus, puis un frémissement plus marqué ; un fil paraît à la radiale. Pendant ce temps, la lividité violette a fait place à la lividité pâle.

On s'anime dans l'espoir d'un retour et on se précipite peut-être un peu trop.

Cinq à dix minutes s'étaient écoulées et la lividité disparaît, la face redevient brune et incolorée, selon l'habitude de la malade ; la respiration est rétablie, les mouvements thoraciques et abdominaux paraissent aussi étendus qu'en normale, la pulsation cardiaque se sent à la palpation, les deux bruits sont distincts, le murmure respiratoire n'a pas son timbre, il a celui de l'anhélation, il est encombré par des ronchus asphyxiques ; le pouls a reparu, même développé, mais très mou.

A ce moment, l'émotion de l'assistance est extrême.

Cinq minutes s'écoulent, on commence à s'émouvoir en remarquant que tout tend à s'affaiblir graduellement, malgré l'étirement ininterrompu de la langue. Le marteau de Mayor est appliqué sur l'épigastre, le cadavre fait un mouvement qui se limite à la région ventrale et thoracique ; appliqué sur l'avant-bras, le marteau détermine la contraction de quelques muscles de l'avant-bras qui se fléchit quelque peu sur le bras. Malgré cette apparence de sensibilité, le tout s'affaiblit et la plupart des symptômes finissent par disparaître dans l'ordre inverse où ils s'étaient produits, l'aile du nez fut le dernier signe vital.

Cette fois, elle était trop réellement morte.

L'auteur fait suivre cette dramatique relation des judicieuses réflexions suivantes :

« Le retour à la vie avait un aspect tel que nos étudiants l'ont tous cru un instant possible et peut-être vrai.

L'intelligence ne s'est révélée par aucun signe, la pupille est restée toujours immobile ; cependant la sensibilité inconsciente et la contractilité se sont réveillées par l'excitation du marteau.

L'assistance, tristement déçue, me demande alors : « Pourquoi tout ce retour fonctionnel n'a-t-il pas ramené réellement la vie ? » J'ai cru ne pas m'éloigner de la vérité en répondant :

« La malade a succombé à une maladie, il y avait donc extinction de la vie ; s'il n'y eût eu qu'une suspension de la vie, nous l'aurions probablement sauvée. » Ce n'était pas un cas de mort apparente, c'était un cas de mort s'achevant.

De cette remarquable observation, il ressort l'indication pratique d'user de ce procédé dans toute syncope (chloroforme, angine de poitrine, asphyxies, etc.) où il n'y a que suspension de la vie.

Il ressort aussi cette notion : la mort ne se produit pas de manière instantanée, l'organisme s'éteint progressivement.

Dans notre cas particulier, le bulbe était le refuge des derniers vestiges de la vie. Nous ne savons si les autres parties du cerveau (mésocéphales, hémisphères, etc.) n'ont pas aussi leur réflexe.

Seulement il est permis d'affirmer que la mort doit se produire très variablement, selon les circonstances qui la déterminent, selon les idiosyncrasies, les qualités nerveuses et vitales des individus.

Il y a là un vaste champ d'études sur la fin de l'existence. »

Un jeune et distingué médecin vétérinaire, M. Demeurisse, a eu l'idée, tout à fait logique, d'appliquer le procédé de la langue à l'asphyxie par strangulation et il a pratiqué dans ce but, et avec succès, un certain nombre d'expériences qu'il a communiquées à M. Laborde.

Il s'ensuit, conclut M. Demeurisse, que le procédé Laborde est également appelé à être utilisé pour rappeler à la vie les désespérés ayant fait choix de la pendaison comme mode de suicide. Les faits ultérieurs confirmeront, j'en suis convaincu, ces résultats expérimentaux.

Mécanisme physiologique de l'action des tractions linguales démontré par l'analyse expérimentale. — Ce mécanisme nous paraissait devoir résider dans une excitation primitive exercée par les tractions linguales sur les nerfs sensibles, que pouvaient atteindre et impliquer ces tractions, et dans la répercussion ou la réaction de cette excitation sur les principaux nerfs moteurs qui mettent en jeu les puissances mécaniques, c'est-à-dire les muscles respiratoires.

L'analyse expérimentale, à laquelle nous nous sommes livrés, en vue d'élucider et de démontrer ce mécanisme, a pleinement confirmé par ses résultats nos premières présomptions.

Sur un chien vigoureux, déjà soumis, huit jours auparavant, à l'asphyxie par submersion et ramené à la vie par les tractions linguales, et constituant ainsi, dans des conditions parfaitement déterminées, un sujet de comparaison pour une nouvelle expérience, nous pratiquons la section des deux nerfs laryngés supérieurs.

Les effets de l'opération consistent essentiellement, comme d'habitude en cas pareil, en des modifications des mouvements respiratoires, qui deviennent irréguliers, accélérés (28 à 30 par minute au lieu de 16 à 18 normalement), presque entièrement diaphragmatiques, avec accompagnement de quelques nausées.

Nous laissons l'animal au repos pendant quarante-huit heures et la plaie cutanée étant alors en bonne voie de cicatrisation et l'animal lui-même paraissant remis du choc opératoire, bien que conservant les modifications respiratoires qui viennent d'être signalées, nous le soumettons, de nouveau, à la submersion, exactement dans les mêmes conditions que la première fois et en laissant se prononcer l'état d'asphyxie et de mort apparente, jusqu'à la cessation objective de tout mouvement respiratoire thoracique, des battements perceptibles du cœur et l'abolition du réflexe oculo-palpébral.

Nous opérons alors les tractions rythmées et fortes de la langue et ce n'est qu'après un temps, qui a été au moins le double de celui de la première expérience, que nous voyons se produire le premier hoquet inspirateur et nous ne parvenons, ensuite, qu'avec les plus grandes difficultés et grâce à une insistance des plus tenaces, à obtenir le rétablissement et le maintien de la fonction respiratoire et, par suite, le rappel à la vie.

Il ne semble pas douteux que la suppression de l'intervention des nerfs laryngés supérieurs n'ait considérablement amoindri l'action provocatrice, réflexe, des tractions linguales, en réduisant, en majeure partie, le point de départ, l'incitation de ce réflexe.

Il reste encore, en effet, pour expliquer la possibilité persistante, quoique beaucoup plus difficultueuse, de la réalisation du phénomène, l'action des nerfs sensibles de la langue : glosso-pharyngien et lingual, surtout le glosso-pharyngien.

Il s'agissait, en conséquence, pour compléter l'expérience, d'ajouter la section simultanée de ces deux nerfs à celle des laryngés supérieurs.

C'est ce que nous avons tenté ; mais le complexus expérimental met alors l'animal dans un état de si faible résistance, qu'il n'est guère possible de tirer une conclusion ferme du résultat, au point de vue de l'intervention réelle et personnelle des nerfs en question, bien que, rationnellement, cette intervention ne paraisse pas douteuse. Ce que nous nous croyons autorisé à affirmer, c'est que cette intervention aide et complète celle des laryngés supérieurs, qui est prépondérante dans le mécanisme du phénomène dont il s'agit.

Nous venons de déterminer le point de départ de ce mécanisme, c'est-à-dire l'élément sensitif du réflexe qui le constitue.

Il nous reste à déterminer le point d'arrivée, autrement dit l'élément moteur.

Ici, la démonstration expérimentale ne laisse rien à désirer, elle est topique : c'est le nerf phrénique et, par suite, le fonctionnement du diaphragme, qui constituent, pour ainsi dire, le nœud de cette démonstration et, par conséquent, du phénomène.

Si, en effet, nous supprimons, par la section complète, toutes les racines (il y en a au moins deux, et quelquefois trois, chez le chien) du nerf diaphragmatique, les tractions linguales, quelque continuées et énergiques qu'elles soient, ne parviennent plus à réveiller, même dans ses moindres apparences, le réflexe inspiratoire, à la suite de la noyade, réalisée, toujours et autant que possible, dans les conditions comparatives où nous nous sommes placé.

Ce résultat est constant et il prouve, de la façon la plus nette, que c'est par la provocation essentielle et la mise en jeu de la fonction respiratoire du diaphragme que se produit l'action des tractions linguales ; en sorte que le mécanisme de cette action s'exprime et se résume dans le fait physiologique suivant :

Excitation primitive transmise au centre bulbo-myélitique par les nerfs sensibles sur lesquels agissent les tractions de la langue, notamment et prédominemment les nerfs laryngés supérieurs et les expansions terminales trachéo-bronchiques des pneumogastriques ; accessoirement les nerfs glosso-pharyngien et lingual ; répercussion réflexe sur les nerfs moteurs respiratoires, et, en particulier, sur le phrénique, d'où le réveil des mouvements du diaphragme et, par eux, de la fonction respiratoire.

En terminant, M. Laborde signale à l'Académie, comme consécration pratique de ces recherches et de la méthode physiologico-thérapeutique qu'elles ont inspirée, une note de M. le docteur H. Mareschal, médecin-major de première classe, sur les secours à donner aux noyés et asphyxiés et, en général, aux personnes en état de mort apparente.

Après une instruction détaillée sur les secours à donner aux noyés, aux asphyxiés et aux personnes en état de mort apparente, M. Mareschal termine ainsi :

« Nous n'hésitons donc pas à prescrire, en première ligne, l'emploi absolument immédiat de la méthode combinée dans laquelle les tractions de la langue ainsi que les pressions sur le thorax et l'abdomen devront être très énergiques. Et, pour nous résumer, nous dirons :

Dans tous les cas d'asphyxie où le procédé de Sylvester réussira, le procédé de la langue réussira également ;

Dans tous les cas où celui-là sera inefficace, celui-ci pourra être suivi de succès.

Donc, il y a lieu de donner toujours à ce dernier la priorité, en l'employant, soit seul, soit mieux encore combiné avec les pressions thoraco-abdominales énergiques. »

(Gaz. des Hôp.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Assistance médicale gratuite.

Ajournement de l'application de la loi du 15 juillet 1893.

Nous avons pu, dans le dernier numéro, prévenir nos confrères de l'ajournement de l'application de la loi sur l'Assistance médicale ; nous donnons aujourd'hui le texte de la circulaire par laquelle le Ministre de l'Intérieur notifie cet ajournement aux Préfets.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR
—
DIRECTION de l'assistance ET DE l'hygiène publique

Paris, le 31 juillet 1893.

Monsieur le Préfet,

La loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, publiée au *Journal officiel* du 18, a pour objet d'étendre à tous les départements et à toutes les communes de la République le bénéfice du service de la médecine gratuite, qui ne fonctionne à l'heure actuelle que dans quarante-neuf départements, sans même comprendre toutes les communes de ces départements ; elle doit avoir aussi pour résultat de régulariser le fonctionnement de cet important service ; enfin, elle lui assure le concours de l'Etat.

La proximité de l'ouverture de la session d'août des Conseils Généraux ne permet pas de réaliser l'application immédiate de cette loi. Au surplus, aucun crédit spécial n'est prévu aux budgets de mon ministère pour les exercices 1893 et 1894. Je vous adresserai en temps utile les instructions nécessaires pour l'interprétation et l'exécution de la loi du 15 juillet. Mais dès à présent il vous appartient de réunir les éléments d'information qui vous permettront, quand le temps en sera venu, de saisir utilement l'Assemblée départementale du projet de règlement prévu par l'article 4 de la loi.

Je crois vous faciliter ce travail de préparation en vous adressant en double exemplaire le fascicule 42 du Conseil supérieur de l'assistance publique où sont exposées les conséquences financières probables de la nouvelle loi.

Il ne vous échappera pas que l'article 10 institue dans toute commune un bureau d'assistance et confère à ce bureau tous les droits et attributions qui appartiennent au bureau de bienfaisance. L'intervention du Gouvernement cesse donc d'être nécessaire pour l'institution de bureaux de bienfaisance et vous n'aurez plus à me saisir de demande de création d'établissements de cette nature.

Là où il n'existe encore ni hospice, ni bureau de bienfaisance, il faudra constituer les commissions administratives des bureaux d'assistance. Elles seront composées comme celles des autres établissements charitables conformément à la loi du 21 mai 1873 modifiée par celle du 5 août 1879. Vous recevrez prochainement mes directions pour la forme dans laquelle vous aurez à m'adresser vos propositions, en vue de la constitution de ces commissions.

Recevez, Monsieur le Préfet, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Le Président du Conseil,
Ministre de l'Intérieur,
Ch. Dupuy.

Cet ajournement est assurément plutôt favorable aux intérêts du Corps médical, car l'insuffisance du délai qui séparait la promulgation de la loi (18 juillet) de l'ouverture des Conseils Généraux (21 août) empêchait d'étudier à fond les conditions particulières les plus favorables au fonctionnement du service dans chaque Département.

Il faut bien le reconnaître, la prévoyance n'est pas le fort des médecins et, si dans quelques départements nos confrères eussent été prêts, ils auraient dans la plupart été pris de court. Au lieu de soumettre eux-mêmes à l'administration Départementale le règlement futur, ils auraient dû accepter celui qui aurait été élaboré par les Bureaux.

Mais cet ajournement ne doit retarder en rien l'ardeur des syndicats médicaux : ils ne doivent pas oublier que, si l'application de la loi est renvoyée à 1895, le ministre demande aux Préfets de s'occuper, dès maintenant, de réunir les éléments d'information qui leur permettront de saisir, au moment opportun, les Conseils Généraux, des projets de règlement.

Ce moment opportun. ce sera vraisemblablement la session d'avril 1894.

Que nos confrères se mettent donc à l'œuvre, qu'ils étudient les bases du règlement qui leur paraîtra le plus convenable pour leur Département. Nous publierons les documents qui pourront leur être utiles, les études qui pourront les intéresser, les projets qui seront adoptés ici ou là.

Chacun faisant son devoir, il serait bien extraordinaire que nous ne réussissions pas à obtenir satisfaction partout.

A. Gassot.

La loi sur l'exercice de la pharmacie.

Les communications de nos confrères continuent :

Plusieurs demandent pourquoi nous n'avons pas repris purement et simplement l'ancien article 11 de la loi Chevandier.— Nous avons répondu dans le dernier numéro. Nous répéterons d'ailleurs que nous n'avons aucunement l'intention d'imposer notre rédaction, que les syndicats médicaux adopteront le texte qui répondra le mieux à leur désir ; qu'enfin l'important est de protester contre les dispositions adoptées par la Chambre des Députés et de faire parvenir ces protestations à qui de droit.

Nous répondrons en même temps à quelques-uns de nos correspondants, qui nous demandent notre avis à ce sujet, qu'ils ne doivent négliger aucune occasion d'entretenir de la question les Sénateurs qu'ils connaissent ou les candidats à la Députation qu'ils ne manqueront pas de voir.

Un autre correspondant, le Dr G..., voudrait que le pharmacien qui vient s'installer dans un pays et ouvrir une officine, fût tenu de prouver, *au moyen d'une inspection préalable, qu'il possède au moins la quantité minime des médicaments dont la réunion, fixée par un règlement, forme une pharmacie.*

Il voudrait encore qu'un délai de plusieurs mois fût accordé aux médecins qui exerçaient la pharmacie antérieurement à l'ouverture de l'officine pour écouler leur stock de médicaments :

Et le Dr G.... cite des exemples qui montrent la nécessité des amendements qu'il propose.

Le Dr B.... envisage un autre point de vue de la question :

Jusqu'à ce jour, les pharmaciens ont apporté une certaine circonspection à délivrer aux malades des potions ou des pilules de leur composition : ce n'est pas l'envie, qui leur en manquait, car telle préparation qui leur revenait bien à 0 fr. 50 se pouvait vendre couramment 2 francs ; mais l'exercice illégal de la médecine était là pour les retenir.

Mais qu'arrivera-t-il avec la future loi si elle est adoptée sans modifications ?

Au début d'une maladie aiguë, au cours même de cette maladie, l'entourage du malade ira tenir conciliabule chez le pharmacien qui, pour ne pas laisser la bonne aubaine à un confrère plus complaisant, délivrera une drogue presque toujours mal appropriée et parfois nuisible. Et cette drogue sera donnée à l'insu du médecin, qu'on se gardera bien de prévenir.

Qu'un hasard fasse apercevoir la bouteille ou la boîte de pilules par le médecin, celui-ci ignorera la composition du médicament, comme la dose absorbée quotidiennement par le malade, car le pharmacien s'efforcera toujours de masquer le nom des substances actives.

Croit-on qu'une telle situation puisse être exempte de dangers ? Et pour être agréable aux pharmaciens, faut-il tolérer des abus de ce genre ?

Je ne veux pas entrer dans des détails trop longs, mais je pourrais citer des exemples où le décès peut être attribué à l'emploi tout à fait intempestif de certains médicaments.

Dorénavant le pharmacien n'aurait plus rien à craindre et ce qui n'est qu'exception avec la législation de Germinal, deviendrait une habitude générale. Il faudrait alors décréter l'obligation pour tout le monde de connaître la pathologie et d'être parfait clinicien.

C'est là une question des plus sérieuses et nous la recommandons aux méditations de nos confrères dans les syndicats.

Il faut que tous ces amendements qu'on présente et que nous transcrivons en conscience fassent l'objet de décisions fermes qui seront transmises à la commission sénatoriale compétente, car ce n'est que la multiplicité des réclamations qui pourra faire écarter ces dispositions que nous jugeons désastreuses.

A. Gassot.

BULLETIN DES SYNDICATS

Maires et médecins de bienfaisance.

Quoique la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite ne soit pas près de fonctionner ; on demande, de différents côtés, s'il y a incompatibilité entre les fonctions de maire et celles de médecin de l'assistance dans la commune où on est maire.

C'est l'article 34 de la loi qui est cause du doute qui existe dans l'esprit de nos confrères.

Cet article dit : « Les médecins du service de l'assistance médicale gratuite ne pourront être considérés comme inéligibles au Conseil général ou au Conseil d'arrondissement à raison de leur rétribution sur le budget départemental. »

Pourquoi n'a-t-on pas ajouté, m'écrit-on, « au conseil municipal et à la mairie » ?

Je pourrais répondre de suite : Parce que le service est départemental et non communal dans l'immense majorité des cas.

Mais il existe des communes rurales, des villes qui d'après la loi, justifiant remplir d'une manière complète leur devoir d'assistance envers les malades, peuvent organiser elles-mêmes ce service. Le maire, dans ces cas, pourra-t-il être rétribué sur les fonds communaux comme médecin de l'assistance ?

Je réponds oui, et vais le prouver, aussi péremptoirement que possible.

Jusqu'en 1884, les élections municipales s'étaient faites sous l'empire de la loi du 5 mai 1855, modifiée plusieurs fois, mais pas dans le sens qui nous occupe.

L'article 5 de cette loi disait : Ne peuvent être maires, ni adjoints : 9° les comptables et les fermiers des revenus communaux *et les agents salariés de la commune.*

L'article 9 disait également : Ne peuvent être conseillers municipaux : 1° les comptables des deniers communaux et *les agents salariés de la commune.*

J'étais conseiller municipal bien longtemps avant la loi de 1883 et je n'étais pas considéré, en ma qualité de médecin de bienfaisance, comme agent salarié de ma commune, car tous les crédits communaux étaient centralisés au département et c'était le préfet qui mandatait.

Le législateur du 6 avril 1884 sur l'organisation municipale, plus libérale, voyant tous les ennuis que les tribunaux administratifs avaient, avec les nombreuses réclamations des agents dits salariés de la commune, a mis une restriction importante dans son article 33.

Il est ainsi conçu : Ne sont pas éligibles dans le ressort où ils exercent leurs fonctions : 10° *les agents salariés de la commune parmi lesquels ne sont pas compris ceux qui, étant fonctionnaires, ou exerçant une profession indépendante, ne reçoivent une indemnité de la commune qu'à raison des services qu'ils lui rendent dans l'exercice de cette profession.*

C'est bien le cas du médecin de bienfaisance : il est donc éligible au conseil municipal. L'article 76 dit que le conseil municipal élit le maire et les adjoints parmi ses membres.

Donc, le médecin de bienfaisance, s'il est conseiller municipal, peut être élu maire, ceci ne peut être contesté.

Dernière preuve, et surabondante !

L'article 80 cite les personnages qui ne peuvent être maires ou adjoints, ni en exercer, même temporairement, les fonctions — Je n'y trouve pas trace des médecins d'assistance gratuite.

Je suis maire depuis 1884 et depuis ce temps je touche mon indemnité. Le service est, il est vrai, départemental ; mais où il est communal, le maire médecin doit toucher aussi son indemnité. Je crois l'avoir démontré ; dans ce cas il se fait mandater par un adjoint.

Dr H. Lécuyer, de Beaurieux (Aisne).

Association Professionnelle des Médecins de Rouen.

26 *Mai* 1893.

Présents : MM. de Welling, Président, Carliez, Delabost, Douvre, Gervais, Giraud, Lireux, Pris, Quentin.

Excusés : MM. Brunon et Debout.

Le procès-verbal de la séance du 31 mars est lu et adopté, après observations de MM. Delabost, Giraud et de Welling.

M. le Président informe l'assemblée que, depuis la dernière séance, la Société a eu la douleur de perdre un de ses membres les plus sympathiques, M. le docteur Paul Levasseur, qui a

été son premier Président et qui a, durant 3 ans, dirigé l'Association avec un zèle remarquable et un très grand dévouement.

L'Association a été représentée aux obsèques de ce regretté collègue par le Président qui a également adressé à sa veuve, au nom de ses membres, l'expression de ses sentiments de condoléances les plus sympathiques.

M. le Président de Welling fait ensuite part à l'assemblée qu'il a eu l'honneur d'être reçu, le 16 mai dernier, par M. Leteurtre, maire de Rouen, à propos des certificats d'aliénation mentale et de morts violentes. M. le Maire, après un examen approfondi de la question, a reconnu qu'il n'y avait pas lieu, en effet, de la soumettre au Conseil municipal et que c'est bien par une mauvaise interprétation de l'arrêté du 11 mars 1884, par un commissaire central, que le médecin spécial a été envoyé depuis quelques années dans les hôpitaux et dans les familles pour la constatation des cas d'aliénation mentale et de morts violentes.

Il y a tout lieu d'espérer que M. le Maire donnera de nouvelles instructions pour une meilleure application de l'arrêté en question, afin de faire cesser les abus, que vous avez cru devoir lui signaler.

Il est ensuite procédé au vote sur la candidature de MM. Bouju, Réville et Rocher, de Rouen.

Ces confrères ayant réuni la majorité des suffrages des membres présents, sont nommés membres de l'Association.

Le Président souhaite la bienvenue à MM. Gervais et Lireux, élus dans la dernière séance, les félicite de leur entrée dans l'Association et espère qu'ils seront des membres dévoués et assidus aux séances.

On vote sur la nouvelle rédaction de l'article 6 des statuts, qui est définitivement adopté ainsi qu'il suit :

La Société est administrée par un bureau composé : d'un président, d'un vice-président, d'un secrétaire, d'un secrétaire-adjoint, d'un trésorier-archiviste et de deux conseillers, qui sont les présidents sortants.

M. le Président met ensuite aux voix la question de l'adhésion de l'Association à l'Union des syndicats. Il expose que le Président de l'Union aura une autorité d'autant plus grande qu'il parlera au nom d'un plus grand nombre de Syndicats. Il rappelle que c'est grâce à l'énergie et au dévouement de M. le docteur Porson, de Nantes, Président de l'Union que la question de la médecine civile par les médecins militaires, a reçu de la part du Ministre de la Guerre une solution favorable. Il y a d'ailleurs lieu, sous tous les rapports, de donner notre concours à l'Union et aux hommes qui luttent depuis des années pour la défense de nos intérêts.

M. le docteur *Douvre* raconte comment la société de Meaux, par suite de son adhésion à l'Union, a pu provoquer la décision dont il vient d'être question.

L'assemblée vote, à l'unanimité, l'adhésion à l'Union des Syndicats médicaux de France.

REPORTAGE MÉDICAL

M. le professeur Maragliano (de Gênes), secrétaire général du XI[e] Congrès international de médecine, nous a adressé la dépêche suivante :

Gênes, 4 août 1893, 6 h. 15 soir.

Le Congrès international de médecine, qui devait se tenir à Rome du 24 septembre au 1[er] octobre 1893 est renvoyé au mois d'avril prochain. La cause de ce renvoi est contenue dans la délibération ci-dessous du Comité d'organisation, laquelle a été approuvée à la majorité absolue : « Le Comité exécutif, vu les préoccupations sanitaires des Etats européens ; considérant que ces préoccupations pourraient obliger les collègues de toutes les nations à ne pas quitter leur domicile ; jugeant que dans ce cas le Congrès, qui doit présenter un caractère général, manquerait son but ; vu les conseils venus à ce sujet de la part de nombreux adhérents de tous les centres scientifiques de l'étranger, décide de renvoyer le Congrès au mois d'avril 1894. »

MARAGLIANO.

— *Officiat de santé et doctorat*. — Décret du 31 juillet 1893. — Article 1. — Pour obtenir le diplôme de docteur en médecine, les officiers de santé doivent subir les épreuves du troisième, du cinquième examen et de la thèse, conformément aux règlements en vigueur sur le doctorat en médecine.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

3814. — M. le D[r] RIVIÈRE, de Paris, présenté par M. le D[r] Reuonaid, de Paris.

N° 3815. — M. le D[r] SUREAU, de Paris, présenté par M. le D[r] Hervouet, de Paris.

N° 3816. — M. le D[r] NÈBLE, de Paris, membre du Syndicat de la Seine.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ECOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

L'hygiène et les médecins. Le vote par les Chambres des nouvelles lois sanitaires doit engager tous nos confrères à être tenus strictement au courant des récentes conquêtes de l'hygiène publique. Le remarquable *Précis d'hygiène*, de Monin et Dubousquet, leur en fournira les moyens les plus pratiques. Prix : 6 fr. net : **4 fr. 80**.

Guide de diagnostic gynécologique, à l'usage des praticiens, par le D[r] BERLIN (de Nice), avec une préface par le D[r] AUVARD, accoucheur des hôpitaux de Paris. Un volume in 8° carré de 224 pages, avec 69 figures dont une hors texte. Prix : **6** fr.

L'auteur a entrepris de présenter aux praticiens la *Gynécologie moderne* sous une forme très différente de l'ordre suivi dans les Traités classiques.

Au lieu de décrire, organe par organe, les maladies de l'appareil génital féminin, il s'est placé au point de vue purement clinique. Il a supposé le médecin mis en présence d'une malade qui vient le consulter pour des accidents génitaux ou présumés tels. Il s'agit d'établir le diagnostic de ces accidents avec toute la précision que comportent les données actuelles de l'anatomie pathologique ?

Le praticien se trouve guidé, suivant une méthode rigoureuse, vers la solution de ce problème.

Le diagnostic est établi de proche en proche, des cas simples aux cas complexes, dans les trois parties qui composent ce livre et qui représentent les trois étapes successives de l'examen gynécologique : — interrogatoire de la malade ; — exploration directe des organes génitaux ; — étude des troubles extra-génitaux, de l'état général, des diathèses.

Par cette méthode, le lecteur est amené à passer en revue toutes les affections importantes qui se rencontrent dans la pratique ; au cours de ces descriptions diverses, il est initié aux détails les plus minutieux des procédés d'exploration ; il se familiarise en même temps avec les notions modernes qui ont modifié bien des points de la gynécologie et qui se traduisent en pratique par l'orientation de la thérapeutique dans une voie nouvelle et féconde.

Franco net : **4 fr. 80**.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année N° 33 19 Août 1893

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Les médecins et la Ligue nationale de la mutualité (*suite*).

II

Comment se sont fondées les Sociétés de secours mutuels.

Elles sont nées du mouvement humanitaire qui a accompagné la Révolution de 1848. Un vent de bienveillance avait passé sur le pays, grâce aux publications de l'école libérale et des fervents de l'Association, sous toutes ses formes. Nous prenons pour exemple un pays d'aisance moyenne et aggloméré où des âmes généreuses, émues des difficultés de la vie des travailleurs, eurent l'idée de les inviter à s'associer, à verser une somme mensuelle, cinquante centimes, un franc par mois, leur promettant, en retour, aide et assistance dans la plus redoutable des épreuves de l'ouvrier, la maladie et le chômage, qui en découle.

Nous voulons venir à votre aide; nous vous aiderons de deux façons, leur disait-on. Nous verserons, d'abord, comme vous, la cotisation, sans en réclamer le bénéfice ; ensuite, de concert avec vous, nous administrerons la Société que nous vous proposons de fonder et notre administration sera gratuite. En conséquence, tout l'argent que vous verserez, ainsi que les personnes qui vous veulent du bien, devenues membres *honoraires*, sera tout entier consacré à vos besoins les plus pressants : vous serez soignés par le médecin, vous aurez les remèdes qu'il prescrira, on vous donnera par jour de chômage, une petite somme et, s'il se peut, des secours, en certaines occurrences, à vos femmes et à vos enfants.

Vous êtes cent, qui avec votre famille, constituez une réunion de quatre cents personnes. Vos cotisations, à 12 fr., produiront une somme de 1,200 fr. Nous sommes 12 membres honoraires qui ajouterons à ces 1,200 fr., 240 fr., et à la fin de l'année, si nous avons pu, contre tout espoir, faire quelques économies, grâce à une bonne santé générale, nous les mettrons en réserve, pour les années de détresse. Le gouvernement, qui a intérêt à diminuer la misère de l'ouvrier, nous permettra de déposer dans les caisses de l'un de ses établissements, vos petites épargnes ; il nous servira un intérêt de faveur et, en outre, nous espérons qu'il nous allouera, chaque année, quelques secours pécuniaires.

A cette époque, les organisateurs des Sociétés ne pouvaient guère prévoir les résultats obtenus par les Sociétés qui, en 1892, possédaient 173 millions et comptaient plus de quinze cent mille participants.

En effet, il leur suffisait de décomposer la cotisation de 12 fr. et de calculer, par à peu près, à défaut d'expérience. Si nous avions été à leur place, nous eussions probablement raisonné ainsi : la Société a en vue la préservation des suites de la maladie. Nos cent membres auront au moins quatre à cinq cents journées de maladie. De nos 1,440 fr. retranchons six à sept cents francs pour le médecin et pour les remèdes. Donnons 1 fr. par journée de chômage à nos participants, soit quatre à cinq cents francs. Il nous restera pour les secours en cas d'accident, de misère trop noire de l'un de nos membres, pour les frais de funérailles, pour les réserves, de 3 à 400 fr.

On allait trouver le médecin et on lui disait : nous venons faire appel à vos sentiments de philanthropie, aux sentiments qui nous animent nous-mêmes. Le taux habituel de vos visites qui est de 1 fr. 50 ou 2 fr. pour des ouvriers qui ne vous payent que quand ils le peuvent réduisez-le de moitié, des deux tiers.

Vous serez payé régulièrement, par la Société. Vous aurez rendu service à tous et au bout du compte, vos intérêts n'en souffriront pas

trop. Mais comme nous voudrions ne pas avoir à compter avec le plus ou moins de journées de maladie et savoir où nous allons, nous vous demandons de consentir à un abonnement. Vous ferez les visites nécessaires, les opérations ; en un mot, vous nous guérirez nos associés le plus tôt que vous pourrez, et, par surcroît, sans engagement précis, vous donnerez quelques conseils, quelques soins aux 300 femmes et enfants de nos participants, en ayant soin, par-dessus tout, de ne donner que les remèdes indispensables, sous peine de nous ruiner à bref délai.

Même langage, ou à peu près, au pharmacien, qui consentait à faire ses fournitures, au tarif le plus réduit, celui des hospices.

Ces deux affaires capitales une fois réglées, on entrait en fonction et les choses marchaient tant bien que mal, grâce à la bonne volonté des contractants, au peu d'exigence des sociétaires, heureux, avec leurs 12 fr. de se voir assistés avec une réelle efficacité et d'apprendre qu'en fin de compte, on avait fait des économies.

C'était l'âge d'or ; le voyage de noces d'un mariage d'inclination. *L'ère des difficultés* ne tardait pas à se produire et cela pour des motifs bien divers : création de nouvelles Sociétés ; administration insuffisante ; défaut de surveillance, déficit, économies à trouver, préjugés des sociétaires, erreurs des médecins, erreurs des pharmaciens, aspiration à des résultats exceptionnels, obtenus par quelques Sociétés.

A l'origine, elles avaient été, en général, patronnées par des personnes animées des intentions les plus généreuses, qui avaient fait une propagande pour recruter le plus grand nombre possible de membres honoraires et jamais un homme aisé n'aurait eu l'idée de réclamer la participation effective. Les Sociétés avaient réussi ; elles avaient récompensé leurs promoteurs par la considération, l'influence et avaient, bien souvent, créé, ou consolidé, leur situation municipale, politique. Il était absolument logique que la politique s'en mêlât et dans le cours de nos révolutions, les politiciens constatèrent aisément la puissance d'un président de Société, sur son entourage immédiat. Ce fut alors l'époque de la pullulation, parfois inconsidérée, souvent en concurrence, des mutuelles. Ce fut un assaut d'offres, de sollicitations ; on voulait avoir sa Société ; il fallait la servir, mais aussi, s'en servir. On devait promettre monts et merveilles, abaisser la cotisation, en regard de celle des voisins, faire remarquer que telle Société qu'on connaissait bien, outre la maladie, préserverait, en cas de décès, la famille ; en cas de vie, donnerait une retraite. Les exemples n'étaient pas nombreux ; il ne s'agissait que de promesses ; mais il y avait déjà des réserves, dans le but de les réaliser.

A d'autres on disait : voyez, la Société voisine, elle est en déficit, elle est mal administrée, Venez à la nôtre, vous verrez ! le médecin ne sera plus avare de visites et de remèdes ; il ne vous renverra pas au travail, à peine guéri ; vous n'aurez qu'à sonner à sa porte et il sera toujours là, toujours debout, et vous ne le payerez pas cher : c'est un ami, l'ami de tout le monde ; il vous traitera pour peu de chose, pour rien, s'il le faut.

Et une nouvelle Société était constituée. On allait trouver le ou les médecins du lieu ; il n'était pas difficile, en les mettant en concurrence, d'obtenir des rabais et d'arriver au taux de 1 fr. par tête. On n'avait plus le meilleur, le plus digne médecin ; on avait le moins cher.

Auprès du pharmacien, on éprouvait plus de difficultés ; mais, néanmoins, avec la menace de recourir à l'officine la plus proche, lui aussi cédait. On n'avait plus les meilleurs remèdes ; on avait les moins chers et dieu sait, dans ce cas, s'il ne serait pas préférable de rayer ce chapitre des dépenses de la Société !

Le sociétaire, à qui on avait dit : le médecin doit marcher à toute réquisition, ne se tenait pas d'aise ; à toute heure du jour et surtout de la nuit, la sonnette du praticien était en branle et n'ayant pas le don de l'ubiquité, celui-ci ne pouvait plus suffire à la tâche qu'il avait acceptée au rabais. Il dédommageait son client exigeant par des largesses de médicaments et de chômage et tout allait à la débandade. Aux comptes de fin d'exercice, la somme versée au pharmacien était double de celle du médecin et les indemnités journalières atteignaient leur summum. Qu'y pouvaient le Bureau, les visiteurs, accablés de plaintes contre le médecin, obligés de s'en référer, pour la reprise du travail, au certificat médical.

Pour faire des économies, on inventait la privation de l'assistance aux maladies résultant de la débauche, de l'inconduite, etc.

Mais rien n'y faisait, et plus les économies sur le médecin s'exagéraient, plus le déficit s'accroissait. Qu'on consulte les Sociétés prospères, toutes, sans exception, ont des médecins rétribués convenablement, et des pharmaciens dignes de ce titre.

Mais ce n'était pas tout : pour donner satisfaction aux plaintes incessantes, on voyait ces médecins rétribués au rabais, admonestés, par le Bureau ; parfois élus par les sociétaires, révoqués sans cérémonie ; les pharmaciens changés avec le même sans-gêne ; des Sociétés traitaient à l'abonnement, d'autres à la visite et ce n'était pas la variété des systèmes qui manquait, mais toujours les économies.

Les années succédaient aux années, les 10 à 12 mille Sociétés de secours qui bien souvent ne comptaient que 20 membres et même moins, vivaient tant bien que mal ; d'autres, en assez grand nombre, thésaurisaient, et on constatait ce phénomène de 173 millions accumulés par quelques-unes d'entre elles (l'Association générale des médecins de France compte, à elle seule, pour plus de deux millions).

Venait alors la nouvelle école, la meilleure, qui réclamait des cotisations variables et en rapport avec les diverses *assurances* que se proposent les mutuelles.

Voici son programme, d'après M. *Léon Marie*, actuaire de la Ligue nationale :

Règles à suivre pour l'organisation et la gestion des Sociétés de secours mutuels.

Caractères généraux des sociétés de Secours mutuels.

I. — Les sociétés de secours mutuels sont des institutions de prévoyance. Elles diffèrent donc essentiellement des institutions d'assistance ou de bienfaisance. Leur but est de procurer aux membres participants les avantages matériels et moraux de la mutualité, en leur prêtant un appui fraternel et un concours pécuniaire, dans les crises qu'ils peuvent avoir à traverser (maladie, invalidi

té, vieillesse, décès du chef de famille, etc.) et en resserrant les liens d'étroite solidarité qui les unissent entre eux et aux membres honoraires.

II. — Afin d'assurer l'existence et le bon fonctionnement de ces sociétés, il est désirable que la partie financière de leurs opérations soit réglée suivant les principes scientifiques imposés aux institutions financières qui pratiquent des opérations analogues.

L'application de ces principes est même absolument indispensable quand il s'agit d'opérations à long terme.

III. — ....

IV. — Il importe que la loi fixe un *maximum* aux allocations perçues par les sociétaires. L'absence de ce *maximum* permet à des entreprises purement financières de se fonder sous le couvert de la mutualité, et de jouir ainsi indûment des avantages (subventions, immunités fiscales, etc.) réservés par l'Etat aux véritables sociétés de secours mutuels.

Conditions d'équilibre financier.

V. — Le fonctionnement essentiel d'une société ne doit être basé que sur les ressources fournies par les membres participants. Ces ressources offrent seules un caractère de certitude suffisant pour gager les dépenses statutaires.

Quant aux ressources extraordinaires, qui présentent toujours un certain aléa, elles ne peuvent être logiquement affectées qu'à des dépenses extraordinaires.

VI. — Les cotisations des membres participants doivent êtres fixées de telle sorte qu'elles fassent équilibre aussi exactement que possible aux charges essentielles probables.

L'approbation des statuts ne doit être accordée qu'après une vérification administrative constatant cet équilibre.

VII. — Les cotisations doivent être graduées suivant l'âge du participant à son entrée dans la société. Cette graduation peut se faire par année ou par groupe d'années. Il est désirable que les cotisations restent ensuite invariables pendant toute la durée du sociétariat proprement dit.

Au point de vue théorique, on pourrait admettre une cotisation uniforme pour tous les sociétaires, indépendamment de leur âge d'admission, à condition d'établir des droits d'entrée compensateurs. Mais comme ces droits s'élèvent rapidement avec l'âge, un pareil système serait rarement applicable dans la pratique.

VIII. — Lorsqu'une expérience suffisamment prolongée démontre que l'équilibre financier espéré n'existe pas en réalité, il faut nécessairement modifier les cotisations des membres participants ou les avantages prévus par la société.

Toutefois, il importe que ces modifications soient peu fréquentes pour ne pas faire perdre aux avantages sociaux la stabilité qu'ils doivent offrir dans la limite du possible.

Nota bene: Le service médical est passé sous silence! Pourquoi ?

Service pharmaceutique.

IX. — Pour obtenir une économie sur les dépenses pharmaceutiques, les sociétés devraient interdire à leurs médecins la prescription des spécialités, des eaux minérales et autres médicaments de luxe, toutes les fois que ces médicaments peuvent être remplacés par des préparations également efficaces, quoique moins coûteuses.

X. — Il serait désirable que la loi autorisât la création de pharmacies coopératives à l'usage des sociétés de secours mutuels.

Fonds social inaliénable.

XI. — Chaque société de secours mutuels peut posséder un *Fonds social inaliénable* composé :

1° Du *Fonds de retraites* actuellement réalisé.

2° Des ressources extraordinaires non périodiques, telles que legs, donations, produit de fêtes ou de loteries exceptionnelles, etc.

3° De l'excédent des ressources extraordinaires périodiques, telles que subventions, cotisations de membres honoraires, amendes, produit des fêtes annuelles, etc., après prélèvement des sommes nécessaires pour faire face aux dépenses extraordinaires de chaque exercice.

Retraites garanties et pensions éventuelles.

XII. — Il y a lieu de distinguer très nettement les *Retraites garanties* des *Pensions éventuelles*.

Les premières sont des rentes d'une quotité déterminée, dont la jouissance est obtenue par tout sociétaire qui remplit certaines conditions d'âge et de stage. Elles constituent un droit au profit des membres participants, et ne peuvent être établies que lorsqu'elles sont gagées par des ressources certaines, c'est-à-dire par des cotisations spéciales ou par une portion déterminée de la cotisation totale.

Les secondes sont fournies par les ressources extraordinaires. Leur importance est constamment subordonnée à celle des disponibilités qui leur sont affectées.

XIII. — Les *Retraites garanties*. étant constituées par les cotisations spéciales des sociétaires, doivent leur profiter intégralement.

Il convient qu'elles soient établies à capital aliéné, mais afin de compenser pour les familles des participants le dommage éventuel que pourrait leur causer l'aliénation du capital, si elles venaient à perdre prématurément le titulaire de la Retraite, il est désirable que la rente soit complétée par une assurance en cas de décès.

XIV. — Les conditions d'âge et de stage qui donnent droit aux *Retraites garanties*, ainsi que le montant de ces retraites, doivent figurer dans les statuts soumis à l'approbation administrative et ne pas être laissés à l'appréciation des Assemblées générales successives. Le montant des retraites se trouve d'ailleurs nécessairement déterminé par l'importance des cotisations spéciales destinées à leur constitution.

XV. — Les sociétés, surtout celles dont les ressources sont peu considérables, ne doivent jamais oublier que, pour une même cotisation, le chiffre de la rente s'élève très vite avec la durée du stage et l'âge d'entrée en jouissance.

XVI. — Tous les membres participants qui remplissent les conditions prévues par les statuts pour obtenir des *Pensions éventuelles* doivent recevoir une part équitable des revenus produits par le *Fonds social inaliénable*. Ce résultat ne peut être atteint que par une distribution annuelle d'allocations renouvelables, d'une importance proportionnée au montant des revenus disponibles et au nombre des ayants droit. Ce sont ces allocations qui constituent les *Pensions éventuelles*. Leur chiffre doit être fixé par les Assemblées générales avec la plus grande prudence et en réservant, s'il y a lieu, une partie des revenus réalisés, afin de conserver toujours à ces allocations la plus grande fixité possible.

Assurances au décès.

XVII. — L'assurance au décès étant une opération haute prévoyance, qui protège la famille et lui vient en aide au moment où elle se trouve privée de son chef, la loi devrait encourager son développement sous toutes ses formes et notamment sous forme de pensions attribuées aux veuves et orphelins mineurs. La réglementation de l'assurance au décès doit être analogue à celle des *Retraites garanties*. Cette assurance ne peut être obtenue qu'à l'aide d'une cotisation spéciale.

Déchéances.

XVIII. — L'équité voudrait que les membres participants rayés ou démissionnaires ne fussent pas déchus des droits acquis par eux dans les opérations à long terme (assurances au décès, *Retraites*

garanties) ; mais afin de ne pas encourager les défections, il importe que l'avoir de ces membres ne leur soit jamais restitué sous forme d'argent comptant.

Circonscription des sociétés.

XIX. — L'assurance en cas de maladie ne peut être entreprise avec économie que par les sociétés dont la circonscription et le personnel sont restreints, afin de permettre une surveillance efficace. Au contraire, les opérations à long terme (assurances aux décès, *Retraites garanties*, invalidité) nécessitent un très grand nombre de membres de participants (*mille* au moins), afin d'éliminer les écarts de la mortalité et de donner une base suffisamment large aux prévisions.

Pour que les petites sociétés puissent entreprendre sans danger ces opérations à long terme, il faut que plusieurs d'entre elles réunissent leurs membres et se constituent, à l'état d'*Union*, ou qu'elles se bornent à servir d'intermédiaires entre leurs participants et les Caisses de retraites ou d'assurances de l'Etat, au moyen de *Livrets individuels*.

XX. — Même au seul point de vue de l'assurance en cas de maladie, les trop petites sociétés (inférieures à *cent* membres par exemple) doivent être évitées, lorsque la densité de la population le permet, parce que leurs frais sont proportionnellement trop élevés et parce que les écarts de la morbidité peuvent alors devenir eux-mêmes trop sensibles.

Il ne faut donc pas multiplier, sans nécessité absolue, le nombre des sociétés qui opèrent dans un même centre de population.

Apport des membres fondateurs.

XXI. — Comme les faveurs pécuniaires attribuées aux membres fondateurs grèvent les finances sociales au détriment de leurs successeurs, il convient de supprimer ces faveurs toutes les fois qu'elles ne sont pas absolument nécessaires à la création d'une nouvelle société, dont la nécessité s'impose.

Comptabilité et inventaires.

XXII. — Afin d'éviter toute confusion entre les diverses catégories de ressources et de charges, et de rendre apparent l'équilibre nécessaire entre toutes les parties de leur budget, les sociétés qui pratiquent différentes catégories d'opérations distinctes (assurance en cas de maladie, assurances au décès, *Retraites garanties*, etc.) doivent séparer nettement les cotisations afférentes à chaque branche, et organiser la comptabilité de ces branches d'une manière absolument autonome.

XXIII. — Toutes les sociétés doivent fournir annuellement des comptes de recettes et de dépenses, ainsi que des renseignements statistiques détaillés suivant un cadre fourni par l'Administration.

Cette comptabilité peut être, à la rigueur, considérée comme suffisante pour les sociétés qui bornent leurs opérations à l'assurance en cas de maladie et à la distribution des *Pensions éventuelles*.

Mais elle ne peut être admise pour les sociétés qui se livrent aux opérations à long terme (assurances au décès, *Retraites garanties*, invalidité, etc.). Ces sociétés doivent établir, au moins tous les cinq ans, l'inventaire de leur situation active et passive, en calculant les *Réserves* qui leur sont nécessaires pour assurer l'exécution certaine des engagements contractés par elles.

XXIV. — L'usage de livrets individuels de la *Caisse nationale des Retraites pour la vieillesse* ou de la *Caisse nationale d'assurances au décès* est un procédé de comptabilité qui dispense les sociétés du calcul des réserves et de l'établissement des inventaires. Il facilite aussi la liquidation immédiate des droits acquis par les membres rayés et démissionnaires, cette liquidation s'opérant par la simple remise du Livret. Enfin il constitue pour les sociétés peu nombreuses le seul moyen de se livrer sans danger aux opérations à long terme (voir XIX).

Tables de mortalité et de morbidité.

XXX. — Les évaluations techniques prévues dans les conclusions précédentes ne pourront être effectuées d'une manière entièrement satisfaisante que lorsqu'on en possédera les bases indispensables, c'est-à-dire des *Tables de mortalité et de morbidité* appropriées aux sociétés françaises de secours mutuels. Il est donc indispensable que des Tables de ce genre soient dressées dans le plus bref délai.

Après cette lecture, nos confrères comprendront que nous nous trouverons bientôt en présence de sociétés d'assurances établies d'après des règles scientifiques. Nous devons donc réclamer le calcul de nos honoraires d'après la même méthode. On a passé sous silence le *Service médical*. On aurait été effrayé de son *prix de revient*.

(*A suivre*) A. Cézilly.

LA SEMAINE MÉDICALE

Corps étrangers de l'oreille.

M. le Dr *Natier*, de la Policlinique de Paris, dans un récent opuscule, insiste sur ce fait que, dans les cas de corps étranger de l'oreille, l'indication principale pour le traitement consiste à *pratiquer des injections forcées d'eau tiède*. Celles-ci pourront être faites avec une seringue ou avec tout autre instrument capable de produire un jet d'une intensité suffisante.

En présence d'une tuméfaction notable du conduit venant masquer en totalité ou particulièrement le corps étranger, notre confrère recommande les attouchements avec une solution concentrée de cocaïne (au 1/5 ou au 1/3) au moyen d'un tampon d'ouate imbibée; on pourra même le laisser en place pendant quelques minutes. S'il y avait quelques douleurs, on remplacerait les badigeonnages par des instillations de la solution tiède. Grâce à la double action de la cocaïne, les tissus sont anesthésiés en même temps qu'ils se rétractent, et l'intervention est alors doublement facilitée ; le malade, en effet, éprouve moins de douleur et le corps étranger peut ainsi être relativement dégagé et partant rendu plus mobile. Que si, cependant, cela ne suffisait pas encore on serait alors autorisé, par des manœuvres doucement faites et sous un éclairage convenable à l'aide du stylet boutonné ou d'un petit levier assez fin, à chercher à mobiliser le corps étranger. Quelquefois, dans ce cas, de simples mouvements paraissant presqu'insignifiants peuvent provoquer la sortie de ce corps étranger. Quoi qu'il en soit, on ne devra jamais désespérer et continuer les injections aussi longtemps qu'il sera nécessaire.

On a recommandé également la méthode *agglutinative* consistant pour certains praticiens à tremper dans une solution concentrée de gélatine un petit pinceau que l'on porte au contact du corps étranger. La gélatine se desséchant, le pinceau se colle et on peut ainsi extraire le corps étranger. D'autres ont employé du ciment, de l'alun, etc., l'agent pouvant différer, mais le principe restant le même.

Lucæ, quand il s'agit de perles enclavées et dont l'ouverture est dirigée en dehors, emploie une petite tige de laminaire qu'il insinue, après

l'avoir préalablement humectée, par cette ouverture ; au bout d'une 1/2 heure la tige gonflée est très bien fixée dans la perle dont l'extraction est alors des plus aisées.

Zaufal, redoutant le gonflement que pouvait déterminer l'eau au contact de certains corps, (graines), a recommandé de faire les lavages avec de l'huile. Mais d'abord, celle-ci est d'un emploi très incommode et ensuite, il suffit après s'être servi d'eau, de verser de l'alcool dans le conduit, pour éviter le gonflement.

La méthode agglutinative, l'emploi d'une tige de laminaire s'adressent à des cas tout particuliers et ne doivent entrer en ligne de compte qu'à titre tout à fait restreint. Aura-t-on à enlever des insectes, on fera aussi des injections quand ils seront morts ; s'ils sont vivants, on les réduira d'abord à l'état de cadavre réel ou apparent avec l'huile, l'éther ou le chloroforme, après quoi on aura encore recours aux injections. De même pour les larves.

Polypes de la cloison des fosses nasales.

M. le Dr *Natier* signale les particularités suivantes dans la symptomatologie des polypes de la cloison des fosses nasales : Dans un cas, une malade éprouvait une sensation désagréable de constriction à la gorge ; elle ressentait, en outre, une douleur vive de la tête, du côté correspondant à son polype.

Ce qui est parfois inquiétant, ce sont ces hémorrhagies fréquentes et abondantes, survenant chez chacune des malades, au moindre attouchement et assez répétées pour provoquer une anémie bien nette.

En général, ce genre de néoplasmes, autant qu'on peut le prévoir, ne doit jamais acquérir un volume considérable, car les malades, bientôt incommodés, ne tardent pas à venir demander du soulagement.

Le *pronostic* ne saurait donc être considéré comme grave : d'abord à cause de la nature bénigne de la tumeur, et ensuite parce qu'elle ne peut acquérir des dimensions suffisantes pour occasionner de sérieux désordres fonctionnels. Il faut cependant agir assez rapidement, puisque, dans les cas d'hémorrhagies abondantes et répétées, les malades sont exposés à s'anémier. La tendance à la récidive peut être facilement réprimée et doit, par conséquent, n'inspirer aucune inquiétude.

Le traitement est des plus simples et ne diffère en rien de celui des polypes ordinaires. Il s'agit, en effet, d'enlever la tumeur, et on y parvient, soit avec l'anse froide, soit avec l'anse galvanique. M. *Lange* insiste sur les avantages obtenus par l'emploi de la curette tranchante. Il conseille d'y recourir chaque fois qu'on se trouvera en présence d'une tumeur friable et qu'on ne pourra, par suite des hémorrhagies répétées, faire l'opération avec l'anse ou les pinces. Comme il le fait remarquer, on peut de la sorte arriver à une résection plus parfaite des masses néoplasiques. Il engage à cautériser le pédicule avec la pierre infernale, de préférence au chlorure de zinc ; nous nous sommes bien trouvé, à cet égard, du galvanocautère.

Méthode nouvelle d'électrisation de M. d'Arsonval, par les courants de haute fréquence.

Dans une récente séance de l'Académie des sciences, M. *d'Arsonval* a communiqué les résultats d'expériences physiologiques, qui ont une grande portée médicale et dont il est utile de connaître au moins les principales grandes lignes :

On emploie actuellement en électrothérapie trois procédés principaux d'électrisation, qui sont : 1° la *franklinisation*, 2° la *voltaïsation*, 3° la *faradisation*, suivant que l'on a recours, comme source électrique, aux machines électrostatiques, à la pile ou à la bobine d'induction.

Dans tous ces procédés, le corps humain est mis en communication matérielle avec la source électrique, au moyen de conducteurs appropriés qui constituent les réophores. Dans la nouvelle méthode qui porte le nom d'*autoconduction*, il n'en est plus ainsi : l'être en expérience est complètement isolé de la source électrique. Les courants qui circulent dans l'individu ne lui parviennent pas au moyen de conducteurs. Ils prennent naissance dans ses propres tissus, jouant le rôle de circuit fermé sur lui-même. Ces courants peuvent acquérir une puissance considérable, car ils ne produisent aucune douleur, ni aucun phénomène conscient chez l'individu, qui en est le siège.

Ils agissent néanmoins énergiquement sur la vitalité des tissus.

M. d'Arsonval obtient ce résultat en plongeant le sujet tout entier, ou une partie seulement de son corps, dans un champ magnétique oscillant de très haute fréquence. Ce champ magnétique alternatif est produit de la façon suivante : sur un cylindre en matière isolante (carton, bois ou verre) est enroulé en une ou plusieurs couches un câble à lumière, soigneusement isolé.

On construit de la sorte un solénoïde, *dans l'intérieur* duquel on place le sujet à électriser. Ce solénoïde est traversé par la décharge d'un condensateur, rendue oscillatoire.

On emploie comme condensateur, de 2 à 12 bouteille de Leyde cylindriques, disposées en deux batteries, reliées en cascade, dont la surface couverte a 50 centimètres de haut sur 20 centimètres de diamètre.

La charge est effectuée périodiquement par un transformateur donnant environ 15.000 volts.

La fréquence est de 60 périodes par seconde. Dans ces conditions, la puissance d'induction solénoïde, sur tout corps conducteur plongé dans son intérieur, est vraiment étonnante, comme le montrent les expériences suivantes :

1° On plonge dans un solénoïde (composé de 3 à 5 tours d'un câble à 10 brins de 8 mm. carrés) un fil de cuivre roulé en un cercle unique dont les extrémités portent une lampe de 100 bougies, consommant 3 ampères sous 110 volts ; cette lampe est portée au blanc éblouissant ;

2° Un homme arrondit ses bras de façon à embrasser le solénoïde et tient dans chaque main les extrémités d'une lampe à incandescence. Le circuit formé par les bras est le siège d'un courant induit assez puissant pour allumer cette lampe qui prend 1/10 d'ampère environ. On diminue, autant que possible, la résistance de la

peau des mains, en les plongeant dans deux vases contenant de l'eau salée chaude.

Pour mesurer l'intensité de ces courants d'autoconduction, M. d'Arsonval a recours à l'étude de la calorification produite et se sert d'un thermomètre à air ou à pétrole.

Ce mode d'électrisation exerce une action très puissante sur les phénomènes intimes de la nutrition, comme le montrent l'analyse des produits de la respiration et le fonctionnement des organismes inférieurs.

MM. Marey et Cornu, membres de l'Académie des sciences, ont été soumis à l'expérience sans éprouver la moindre sensation. Et cependant, les courants qui circulaient en eux étaient d'une force électro-motrice de 750 volts et d'une intensité de 0,8 ampères. Leurs mains allumaient des lampes à incandescence.

Les faux rétrécissements de l'urèthre.

M. le Dr *Reliquet* a toujours beaucoup insisté sur la fréquence des spasmes de l'urèthre et la difficulté du diagnostic de ces faux rétrécissements d'avec les vrais. Il revient encore aujourd'hui sur cette question en précisant mieux que jamais les cas où l'erreur peut être évitée.

Toutes les fois qu'une bougie à tête conique est arrêtée en un point de l'urèthre, toutes les fois qu'une bougie conique olivaire, petite ou grosse, est serrée en un point de l'urèthre, on conclut à l'existence d'un rétrécissement vrai du canal de l'urèthre et souvent, par une intervention opératoire rapide immédiate, on agit contre ce prétendu rétrécissement.

Si fine que soit la bougie serrée dans la section étroite de l'urèthre, il peut arriver, et nous en donnons de nombreuses observations, que cette étroitesse énorme de l'urèthre, provoquant la rétention d'urine durable, ne soit exactement qu'un spasme de l'urèthre localisé en un point variable et provoqué par une cause très éloignée du point étroit de l'urèthre.

Aussi, depuis longtemps, avant d'affirmer l'existence du rétrécissement vrai, malgré les signes physiques donnés par l'examen direct du canal avec la sonde, nous cherchons si en un point quelconque du sujet il n'y a pas une cause matérielle d'un réflexe dont la conclusion est le spasme de l'urèthre.

Si nous trouvons cette cause à l'extrémité de la verge, et c'est là un des cas fréquents, nous la faisons disparaître avant de faire quoi que ce soit dans la continuité du canal. C'est ainsi qu'en débridant le prépuce, qu'en débridant le méat, en faisant cesser la suppuration des glandes de Tyson, nous avons vu, séance tenante, l'étroitesse de l'urèthre dans sa continuité disparaître complètement, et que nous avons vu cesser des récidives apparentes de rétrécissement chez des sujets qui avaient déjà subi plusieurs opérations.

De même on fera disparaître toutes les causes de spasmes tenant à un état particulier des organes circonvoisins. Enfin on étudiera avec le plus grand soin l'état du système nerveux qui, bien souvent, est la seule cause de ce spasme de l'urèthre simulant le rétrécissement.

Ici l'erreur est souvent très facile, d'autant qu'il n'est pas possible d'enlever la cause du spasme comme dans les cas précédents. Souvent on est au début de l'affection du système nerveux ; comme on l'a dit, c'est là un signe prémonitoire dans l'ataxie. Mais en dehors de l'ataxie, il y a d'autres affections du système cérébro-spinal capables de produire ce phénomène de spasme trompeur.

Nous ne saurions trop mettre en garde nos confrères contre l'intervention opératoire directe dans ces cas de prétendus rétrécissements de l'urèthre. En raison même de l'affection du système nerveux et de l'état spécial des tissus chez ces sujets, cette intervention opératoire directe sur les parois de l'urèthre y provoque facilement une lésion qui devient un vrai rétrécissement de l'urèthre.

Nous connaissons bien des ataxiques qui sont dans ce cas.

REVUE GÉNÉRALE

Les travaux du Congrès de la Tuberculose.

Comme les Congrès des précédentes années, le Congrès de la Tuberculose, fondé par le professeur *Verneuil,* a eu un plein succès.

Les recherches sont toutes ardentes et patientes, et si les résultats ne sont pas encore extrêmement remarquables, ils sont du moins encourageants et marqués chaque année d'un progrès appréciable. Cette capitale question de vitalité de la race humaine est tellement difficile que tous les efforts réunis des savants du monde, doivent tendre à rechercher une solution. Que tout le monde s'y attache avec passion !

Déjà, on a obtenu des pouvoirs publics des améliorations considérables pour la désinfection des locaux où crachent des tuberculeux, pour la surveillance des abattoirs, l'inspection des vacheries, etc. Tout cela ne peut être obtenu qu'en agissant collectivement ; c'est pour cela que les Congrès ont une incontestable utilité. Nous allons résumer, rapidement, les communications des nombreux congressistes de cette année, afin de mettre tous nos confrères au courant de ces questions d'actualité qui importent tant à tous.

I

Depuis les déboires qu'ont donnés les essais d'inoculation à l'homme de la *tuberculine* de Koch, ces essais sont un peu tombés dans l'oubli, et cependant une des plus importantes voies nouvelles a été ouverte le jour où Koch a découvert ce produit si dangereux. Ce n'est pas un remède, comme l'avait imprudemment affirmé le trop ambitieux allemand ; mais c'est un réactif d'une précision remarquable. Les communications faites au Congrès par MM. *Nocard,* de Paris, *Degive*, de Bruxelles, *Thomassen,* d'Utrecht, *Siegen*, de Luxembourg, prouvent surabondamment la quasi-infaillibilité de ce réactif pour reconnaître l'existence de la tuberculose chez les bovidés.

La tuberculine provoque chez tout bovidé légèrement tuberculeux, une réaction fébrile extrêmement nette et indiscutable, et elle ne produit rien chez les bovidés sains.

Le diagnostic de la tuberculose des bovidés, dit M. Nocard, était très difficile ces derniers temps, et il était impossible de faire d'une façon sérieuse un diagnostic précoce. L'on sait, en effet, que la tuberculose peut être masquée

au point que des bœufs atteints de tuberculose avancée ont pu être primés dans des concours. Cette difficulté de diagnostic n'existe plus depuis que nous avons dans la tuberculine le moyen de faire un diagnostic absolument précis. C'est ce moyen, que j'emploie depuis deux ans, qui m'a permis de constater que, dans certaines étables, le nombre des contaminés dépasse souvent les deux tiers et les trois quarts de l'effectif total. Il est vrai que le plus grand nombre des contaminés n'ont souvent que des lésions difficilement appréciables et qui passent inaperçues à un premier examen. Ces lésions n'en existent pas moins, et dès lors l'efficacité de la tuberculine comme moyen diagnostic, ne saurait être contestée.

Sur les animaux qui ont été inoculés, dont plusieurs ont été abattus depuis l'inoculation, on a toujours trouvé des tubercules chez ceux qui avaient réagi ; chez quelques animaux qui n'avaient pas réagi, on a trouvé des lésions tuberculeuses énormes. C'était l'état de débilitation profonde dans lequel étaient ces animaux qui a empêché la réaction.

Nous avons remarqué, dit M. Degive, que le plus souvent, la réaction était surtout intense chez les animaux qui avaient de très petites lésions. Je citerai, pour exemple, le fait d'une vache ayant fortement réagi, et chez laquelle il fut impossible de trouver aucune lésion tuberculeuse à l'œil nu. Cependant, cette vache avait des bacilles dans ses ganglions, car ceux-ci inoculés à des cobayes, rendirent ces derniers tuberculeux.

La réaction de la tuberculine est si sûre, qu'elle nous a permis, dans un cas difficile, d'établir la différence entre la tuberculose et la morve chez un cheval. J'injectai d'abord de la malléine, l'animal ne réagit pas ; après l'injection de tuberculine, il réagit, au contraire, vivement. L'autopsie démontra qu'il s'agissait bien de tuberculose.

M. *Thomassen* : « Comme M. Degive, j'ai constaté qu'il existait chez nous beaucoup de bovidés tuberculeux ; comme lui aussi, j'ai pu m'assurer que tous les animaux qui réagissent à la tuberculine sont tuberculeux. Quelques tuberculeux, il est vrai, ne réagissent pas ; mais ces cas sont si rares qu'il est à peine besoin d'en tenir compte.

La conclusion, d'après M. Nocard, doit donc être :

Injecter la tuberculine à tous les bovidés, surtout lorsqu'il y a eu dans l'étable un cas suspect ; séparer les tuberculeux des animaux sains, désinfecter rigoureusement les étables. Grâce à ces moyens, les propriétaires pourront reconstituer leur troupeau au moyen des jeunes animaux nés chez eux et qui n'auront pas réagi à l'injection de la tuberculine.

Il est maintenant établi que les injections de tuberculine constituent un moyen précieux de diagnostic pour les affections tuberculeuses de l'homme et des animaux. Mais à cela ne se borne peut-être pas l'utilisation de ce produit bactérien, dans un but de diagnostic. »

MM. *Strauss* et *Teissier* croient pouvoir conclure de leurs recherches que cette même substance pourrait servir également à reconnaître les affections de nature syphilitique. Leurs expériences n'ont porté jusqu'ici que sur des cas de syphilis secondaire ; l'occasion a fait défaut de les appliquer à la syphilis tertiaire et aux cas d'accident primitif. Il serait très intéressant de s'assurer si la tuberculine provoque une réaction générale ou locale dans les cas d'accident primitif avant la période de généralisation. Peut-être y aurait-il là un moyen de différenciation du chancre syphilitique d'avec le chancre simple ? Ce sont là des recherches encore à faire.

II

Une autre question non moins importante a été à peu près définitivement tranchée, c'est celle de la contagion de la tuberculose. Beaucoup de médecins admettent la transmission de la tuberculose par hérédité, qui paraissaient disposés à admettre d'une manière absolue la contagion. Et cependant, les exemples ne manquent pas. Chez les animaux, M. Nocard n'admet guère que la contagion : « En ce qui concerne tout au moins la tuberculose bovine dont je me suis particulièrement occupé, je crois être suffisamment autorisé par les faits à considérer l'hérédité comme n'ayant, dans la propagation de la maladie, qu'un rôle tout à fait accessoire et négligeable au point de vue pratique.

Je sais bien évidemment qu'on peut, à l'autopsie de vaches tuberculeuses, rencontrer des fœtus qui déjà présentent des lésions tuberculeuses, de même qu'on observe quelquefois à l'abattoir des lésions de même nature chez des veaux très jeunes. Mais il ne s'agit là, en réalité, que de faits exceptionnels, et tous les inspecteurs de la boucherie sont d'accord pour proclamer l'extrême rareté de la tuberculose du veau ».

Le chien est fréquemment aussi tuberculeux par contagion. M. *Cadiot* en a recueilli 40 observations.

« Pour mes 40 observations, la fréquence relative des localisations de la tuberculose est indiquée par les chiffres suivants : altérations des poumons, 33 cas ; de la plèvre, 25 ; des ganglions trachéo-bronchiques et médiastins, 25 ; du péricarde, 7 ; du cœur, 3 ; du foie, 23 ; des reins, 17 ; de la rate, 4 ; de la muqueuse intestinale, 4 ; des ganglions mésentériques, 10 ; du péritoine, du mésentère et de l'épiploon, 11. La pleurésie exsudative et l'ascite ont été notées 19 fois ; la péricardite exsudative, 9 fois.

Le chien peut s'infecter par le poumon, l'intestin, même par la peau ; mais la pénétration des bacilles paraît s'effectuer le plus souvent par les voies respiratoires. Dans la plupart des cas, la tuberculose canine est d'origine humaine. Le chien est ordinairement contaminé par une personne phtisique. De nombreuses observations ne laissent aucun doute sur ce point. Sur mes 40 tuberculeux, 9 appartenaient à des restaurateurs, cafetiers ou marchands de vin ; ils vivaient par conséquent dans des milieux où les crachats infectants sont communs, où le fréquent balayage des salles répand dans l'atmosphère des poussières virulentes. Dans plus de la moitié de mes observations, la cohabitation ou le contact fréquent et prolongé de l'animal avec une personne tuberculeuse ont été établis.

Ainsi que je l'ai déjà fait remarquer, il est évident que le chien tuberculeux, qui vit dans l'appartement de son maître, qui répand son

jetage sur le sol, les parquets, les tapis, est dangereux pour les humains, surtout pour les enfants. La chèvre est aussi, fortement tuberculisable par contagion.

M. *Weber* raconte l'histoire d'une chèvre qui était arrivée au dernier degré de la civilisation, elle était actrice... elle figurait dans je ne sais plus quelle pièce. Quoi qu'il en soit, cette carrière artistique ne lui fut pas favorable ; elle fut probablement contaminée par les crachats d'un ou d'une de ses partenaires dramatiques de l'espèce humaine.

La pièce ayant quitté l'affiche, la chèvre fut vendue et destinée par l'acquéreur à fournir du sang pour des transfusions contre la tuberculose. Elle fut utilisée dans ce but ; son sang, réputé protecteur, fut injecté. Or, elle devint malade ; on l'abattit et il fut facile de constater qu'elle était porteur de plusieurs lésions, dont la nature tuberculeuse fut péremptoirement démontrée.

MM. *Cadiot*, *Gilbert* et *Roger* ont aussi reconnu par des inoculations que la chèvre est très facilement tuberculisable.

Quant à l'homme, M. *Hérard*, M. *Arthaud*, M. *Coudray* apportent de nouveaux documents à l'appui de cette idée que la contagion est plus fréquente que l'hérédité.

M. *Arthaud* : « Je tiens seulement à citer quelques chiffres empruntés aux observations que j'ai pu recueillir chez six cents malades environ. La contagion, réalisée essentiellement par le local, m'a donné une proportion de 60 % environ, de sorte qu'il reste une proportion de 30 à 40 % de cas qui peuvent être attribués à la tuberculose héréditaire. »

M. *Coudray* a relevé sur 75 tuberculoses chirurgicales, seulement dix cas de tuberculose héréditaire.

M. *Ducor* (de Paris) montre le rôle négatif de l'hérédité dans deux observations de tuberculose articulaire et ganglionnaire due à la contagion ; la recherche de l'hérédité, portant sur 35 ascendants, n'a abouti qu'à un résultat négatif et la contagion suffisait d'ailleurs à expliquer l'infection dans ces cas.

Enfin, M. *Hérard*, avec sa grande expérience pratique, formule les conclusions suivantes :

1° La contagion est la cause la plus fréquente de la tuberculose pulmonaire ;

2° L'hérédité est un fait indiscutable, ce n'est pas seulement une aptitude morbide que les parents tuberculeux lèguent à leurs enfants ; ils leur transmettent souvent aussi le germe même de leur maladie.

C'est pour cette raison, que la tuberculose suit sans cesse une marche envahissante. M. Lagneau a démontré que, sur 100 Parisiens qui meurent, 23 succombent à la tuberculose, et parmi les autres, combien ont aussi de lésions tuberculeuses ignorées !

Chez les bovidés, la proportion varie de 10 à 25 %, mais ces chiffres ne sont pas absolus, car ils proviennent de statistiques établies dans les abattoirs.

A Berlin, sur 125,000 animaux autopsiés en 1890-91, près de 15,000 étaient tuberculeux, soit une proportion de 12 %. A Copenhague, la moyenne est de 16 %. En Angleterre, en 1891, 12 % des bovidés étaient atteints de tuberculose, et cette moyenne s'élevait à 22 % en 1892.

En France, la marche de la tuberculose est également progressive ; c'est la Beauce qui est la plus éprouvée par la tuberculose bovine ; la proportion est de 25 %.

La cause principale de cette extension de la maladie est surtout due à la contagion ; l'hérédité ne joue qu'un rôle secondaire.

Veut-on supprimer cette contagion ?

Il existe un moyen bien simple : c'est de séparer les animaux sains des animaux malades, et de placer les premiers dans une étable désinfectée à fond.

Pour l'homme, il faut aussi isoler les malades, désinfecter tous les locaux où ils ont séjourné et surtout craché (omnibus, chemins de fer, hôtels, restaurants, cafés, théâtres), et surtout empêcher de cracher comme on empêche d'uriner, de fumer, etc. Un autre point fort important est la stérilisation du lait, dans les pays comme le nôtre, où les vaches sont si souvent tuberculeuses et non soumises à une inspection sanitaire. Voici ce qu'en dit M. *Legay* :

« J'ai fait bouillir dans des vases grossiers, ainsi qu'on le fait dans les ménages, du lait dans lequel j'avais mis des poussières de crachats tuberculeux, puis j'ai inoculé ce lait à des lapins. Au point inoculé s'est fait un abcès dans lequel on a trouvé des bacilles tuberculeux.

Il faut donc se méfier de l'ébullition du lait telle qu'on la pratique habituellement dans les ménages. Cette ébullition enlève au lait certaines de ses qualités, et cependant elle ne les stérilise pas certainement.

Le mieux pour obtenir cette stérilisation serait de faire bouillir le lait dans des vases minces, en métal émaillé ou étamé. On pourrait encore mieux pasteuriser le lait en le maintenant pendant dix à quinze minutes à 80°. Pour arriver pratiquement à ce résultat, on pourrait utiliser des vases en verre, munis d'un long goulot et que l'on chaufferait au bain-marie. Le goulot du vase porterait deux index. L'index inférieur marquerait la quantité de lait qui devrait être introduite à froid dans le vase ; l'index supérieur fixé expérimentalement, indiquerait que le lait, lorsqu'il l'a atteint, est arrivé à la température voulue pour la pasteurisation.

J'ai inoculé du lait infecté par des crachats et ainsi traité. Les animaux en expérience n'ont présenté aucune trace de tuberculose. »

M. *Nocard* fait remarquer : 1° que la montée du lait est considérée à tort dans les ménages comme équivalente à l'ébullition. LE LAIT MONTE A 80°, et il faut forcer la température pour que le liquide qui est au-dessous de la couche de caséine constituant « la montée » du lait, entre en ébullition ; 2° les bacilles des crachats desséchés, ont, l'expérience l'a souvent prouvé, une vitalité toute spéciale que n'ont pas les bacilles contenus normalement dans le lait des vaches tuberculeuses.

Le lait de ces vaches, lorsqu'il est réellement bouilli, peut être considéré comme mettant absolument à l'abri d'une infection tuberculeuse.

Le congrès, pour répondre au desideratum de l'isolement nécessaire des tuberculeux, émet le vœu suivant, qui sera porté devant les pouvoirs publics :

Le Congrès, considérant que la promiscuité des phtisiques avec les autres malades dans les hôpitaux est nuisible à eux-mêmes et aux au-

tres, demande que tous les tuberculeux soient réunis dans des hôpitaux spéciaux, par groupes, suivant le degré de la maladie, et d'autant moins nombreux que la maladie est plus avancée.

Considérant que, dans l'état actuel de la science, l'aération continue par un air pur est un des éléments les plus puissants du traitement de la tuberculose, demande que ces hôpitaux soient construits à la campagne.

Enfin, comme mesure transitoire, dont la durée devra être la plus courte possible, le Congrès demande que les phtisiques des hôpitaux soient réunis dans des salles spéciales, séparées de celles des autres malades, et dont on devra désinfecter tous les mois les parois et le mobilier, d'après les procédés employés en ville pour la désinfection des locaux contaminés par les tuberculeux.

Quant aux malades de la ville, M. *Brunon*, vante l'utilité de leur traitement dans des sanatoria, où ils sont soumis à une surveillance médicale constante, et où les succès du traitement des uns suggestionnent facilement les autres.

Malgré tout le mal qu'on a dit des stations méditerranéennes, au point de vue de la contagion possible, M. *Petit* engage à ne pas les abandonner ; il serait certainement très fâcheux, dit-il, qu'on n'utilisât plus nos stations méditerranéennes, si à la portée de nos compatriotes qui n'aiment guère à se déplacer ; les critiques qu'on a formulées contre elles n'enlèvent rien à leur admirable climat ; seulement ce n'est pas dans les hôtels qu'il faut envoyer les malades ; mais dans des villas ou mieux encore dans des sanatoria, comme il vient de s'en créer un à Menton. De cette façon, les malades seront sous la main du médecin, qui pourra leur faire suivre un traitement régulier et les mettre à l'abri de leurs imprudences.

III

Dans ce 3e chapitre nous passerons en revue les différentes communications relatives à la tuberculose qui peuvent intéresser nos confrères.

M. *Hayem* a insisté sur l'importance de traiter de bonne heure les gastropathies souvent prémonitoires de la tuberculose.

« Je crois pouvoir dire, qu'un des meilleurs moyens d'éviter l'apparition de la tuberculose pulmonaire chez les prédisposés, consiste à traiter la gastropathie qui la précède souvent de plusieurs années. Si je ne m'abuse, j'ai vu un bon nombre de jeunes gastropathes échapper à la phtisie qui les menaçait en se soumettant à un traitement antidyspeptique convenable. Il me semble même que ce traitement peut, à lui seul, dans certains cas, enrayer une tuberculose non fébrile au début.

Les cures climatériques, les voyages sur mer et peut-être aussi certaines cures thermales agissent surtout en modifiant avantageusement l'état dyspeptique et en augmentant ainsi les forces de résistance de l'organisme.

En tout cas, on devra toujours s'inquiéter avec grand soin de l'état gastrique des phtisiques. J'estime qu'on a réalisé à cet égard un progrès considérable en introduisant certains médicaments *actifs par d'autre voie que la bouche*. Ces nouveaux procédés thérapeutiques n'ont pas seulement l'avantage de permettre l'emploi de plus fortes doses ; ils écartent, de plus, de l'estomac, les irritants capables d'aggraver la dyspepsie et de diminuer ainsi les moyens de lutter. »

M. *Verneuil* et M. *Legroux* relatent plusieurs cas de maladies infectieuses, (coqueluche, malaria, syphilis), ayant réveillé la tuberculose, qui avait pour ainsi dire fait trêve pendant quelque temps.

On sait que l'évolution de la tuberculose pulmonaire se produit suivant deux modes différents : ou bien le sujet a une tuberculose qui évolue plus ou moins lentement vers la mort par l'hecticité ; ou bien il y a un retour vers la guérison, mais plus tard le bacille reprend son œuvre et le malade succombe. Il y a eu une trêve, que peuvent venir rompre la grippe, la scarlatine, le surmenage, la chlorose, un traumatisme ou une infection quelconque ; ces divers facteurs peuvent même remettre tout en œuvre au point de faire éclater une miliaire chez l'adulte.

C'est surtout chez l'enfant que l'on peut, mieux que chez l'adulte, suivre le mécanisme des trêves et saisir les procédés de défense de l'organisme. L'enfant présente, en effet, une aptitude considérable pour l'ensemencement tuberculeux. D'autre part, on voit chez lui des tuberculoses localisées guérir facilement, comme s'il y avait en lui une inopportunité morbide qu'on ne rencontre pas chez l'adulte.

Tous nos efforts doivent donc tendre à prolonger les trêves de la tuberculose et même à les transformer en une guérison durable et définitive. Nous arriverons à ce but en éloignant les prédisposés des foyers morbides, en isolant le jeune tuberculeux ganglionnaire, articulaire ou osseux au grand air. Cette émigration rurale doit durer non pas quelques jours, mais des mois et des années. C'est là une indication capitale.

MM. *Malécot* et *Poncet* ont rapporté des cas de tuberculoses locales péniennes évidemment produites par contagion de femmes ayant de la tuberculose génitale (salpingite, péritonite).

M. *Hartmann*, parlant des fistules anales, dit que la tuberculose est décidément la cause la plus fréquente de toutes les fistules de cette région ; si on laisse de côté les fistules tenant à une cause bien déterminée (cancer, rétrécissement, etc.), on arrive à une proportion bien autrement considérable de tuberculeux. Sur 48 malades opérés, on trouve 23 fois des signes indéniables de tuberculose, 2 fois les antécédents la faisaient craindre, 21 fois on ne trouvait rien. Le rapport entre la tuberculose pulmonaire et la fistule à l'anus paraît donc bien établi.

Par contre, il n'y a pas de lien direct entre la fistule et la tuberculose de l'intestin. Bien au contraire, la proportion des fistules (1 sur 57) a paru moindre chez les tuberculeux diarrhéiques que chez les autres.

Quelle est la nature de la fistule anale chez les tuberculeux ? Nous rejetons toutes les théories qui ne voient là que le résultat d'une inflammation banale favorisée par une série de causes prédisposantes.

Au point de vue du traitement, M. Hartmann prétend que toutes les opérations de fistules, faites dans le service de M. le professeur Terrier, n'ont été suivies d'aucun accident de géné-

ralisation ; nous n'avons comme dernière objection que la non-cicatrisation. Disons qu'avec de la persévérance, en poursuivant au besoin à plusieurs reprises les diverticules qui se creusent, en appliquant aux plaies atones des pansements excitants, l'onguent styrax par exemple, on arrive le plus souvent, pour ne pas dire toujours, à la cicatrisation complète. Puis quand bien même on ne l'obtiendrait pas, en simplifiant le foyer on supprime les accidents septiques surajoutés et l'on améliore considérablement l'état général du malade. Ce qui doit guider le chirurgien dans la détermination de l'indication opératoire, c'est, ici comme pour les autres tuberculoses locales, la prédominance de la part de l'état local dans la genèse des accidents éprouvés par le malade.

M. *Ozenne* relate un cas de guérison indiscutable de tuberculose testiculaire par les injections sclérogènes de chlorure de zinc.

M. *Desnos* parlant de la prostatite tuberculeuse, signale un point important de diagnostic avec la prostatite blennorrhagique.

Cette dernière affecte deux formes, l'une ordinairement décrite, dont les caractères principaux sont un gonflement de la glande et l'expulsion de liquide pendant la défécation. Dans une autre forme moins connue, le volume de la glande est normal ou même un peu atrophié ; on y constate des points indurés, de petites masses qui se présentent sous une forme allongée, occupent l'un ou deux bords latéraux de la glande, qu'ils semblent comme encadrer. Il y a là quelques caractères analogues à ceux de la tuberculose, mais l'absence d'envahissement des vésicules, la localisation latérale et linéaire si particulière, l'absence de douleurs à la pression les distinguent nettement.

Le traitement de la prostatite tuberculeuse est différent quand elle succède à la blennorrhagie ou quand elle est spontanée. Dans le premier cas, il faut tarir la suppuration urétrale qui crée un milieu favorable au développement tuberculeux. Une médication locale est nécessaire, mais certains agents doivent être écartés, car ils sont absolument nuisibles ; en première ligne, le nitrate d'argent qui nécrose facilement la muqueuse et met à nu la production tuberculeuse. Il n'en est pas de même du sublimé, soit en instillations, soit en lavages qui peut être considéré comme le médicament de choix. Quand la tuberculose prostatique est spontanée, l'abstention de toute manœuvre intra-urétrale est la règle et le traitement général est seul indiqué ; toutefois l'intensité des symptômes, douleur ou suppuration, peut amener à intervenir, mais avec les plus grands ménagements et la plus grande surveillance.

Le traitement pharmaceutique n'a rien appris de nouveau. MM. Weill et Diamantberger ont continué leurs études sur le traitement de la phtisie pulmonaire par les injections sous-cutanées de gaiacol, chez les adultes, M. Ch. Leroux chez les enfants, et leurs résultats sont très satisfaisants ; de même M. Sandras avec les inhalations balsamiques antiseptiques ; M. Chaumier avec le carbonate de créosote ; M. Lauth avec le gaiacol et la créosote ; M. Fabre avec ces médicaments portés à une haute température ; M. de la Jarrige avec les injections trachéales d'huile créosotée et mentholée, à la dose de 40 centimètres cubes, etc.

Les *essais de traitement de la tuberculose par l'injection de sérum de chiens rendus réfractaires à cette maladie*, qui paraît à quelques bons esprits la véritable voie à suivre, ont été l'objet d'une intéressante communications de M. Babès (de Bucarest) :

Les membres du Congrès après quelques visites aux hôpitaux et aux étuves de désinfection, se sont ajournés à l'année prochaine. En somme, de grandes questions ont encore été tranchées cette année, grâce au zèle général ; espérons que peu à peu chacun apportant son appoint personnel à cette immense tâche, on trouvera enfin une méthode sûre pour faire disparaître le terrible fléau.

Dr Paul Huguenin.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat en formation dans la Haute-Vienne.

Le 25 juillet dernier, l'Association des Médecins de la Haute-Vienne, qui comprend 95 membres, tenait sa réunion d'été à Saint-Junien, sous la présidence de M. le Docteur Mazard.

Les convocations portaient à la fin de l'ordre du jour : *Question du Syndicat.*

En effet, à l'issue de la séance officielle, l'Assemblée, sans désemparer, a entendu la communication suivante de M. le docteur de Font-Réaulx, médecin à Saint-Junien :

Chers Confrères,

Il y a dix ans vous avez chargé une commission de sept membres de préparer un projet d'organisation d'un syndicat médical.

Comme Président de cette commission j'avais convié tous les médecins du département à se joindre à nous et j'avais reçu un nombre considérable d'adhésions chaleureuses.

Malheureusement, quelques mois plus tard, la Cour de cassation déclarait que la loi du 21 mars 1884 sur les Syndicats ne s'appliquait pas aux Médecins. Cette décision refroidit l'enthousiasme et la réalisation de notre projet fut ajournée. Mais actuellement l'article 13 de la loi du 30 novembre 1892 nous donne toute latitude et les syndicats médicaux sont légaux au même titre que les autres et nous pouvons reprendre notre tentative.

L'enthousiasme que vous avez montré il y a dix ans, pour cette organisation n'a pu que s'accroître, car les maux qu'il s'agit de combattre se sont développés et l'heure est venue de voter des Statuts.

Bien que la jurisprudence ne reconnût pas officiellement les syndicats médicaux, ils se sont multipliés : Ils se sont même fédérés.

Un de nos excellents confrères, le Dr Pouliot, de Poitiers, est vice-président de cette fédération dont le Bureau vient d'obtenir du ministre de la guerre la suppression de l'exercice de la clientèle civile, par les médecins militaires. De toutes parts les syndicats sont appelés à donner leur avis sur les questions litigieuses. Ils sont pleins de vie et leur organe officiel, le Journal *le Concours Médical* publie, chaque semaine, le récit fort intéressant de leurs actes et de leurs succès. Les collectivités de toutes sortes, les compagnies d'assurances sur la vie ou les accidents comptent maintenant avec les syndicats. Des règles pratiques pour les rapports des médecins entre eux et à l'égard des tiers ont amené une détente et un *modus vivendi* inconnus jusqu'ici. L'exploitation à l'égard du médecin a cessé là où existent les syndicats. L'exercice illégal a trouvé son maître. Ce que l'Association de secours mutuels

n'était pas autorisée à faire est du domaine des syndicats. Ces résultats vont, il n'en faut pas douter, grandir à mesure que la nouvelle organisation va se développer et que les syndicats seront tous fédérés comme la loi les y autorise formellement.

Nous ne verrons plus, quand nous serons tous syndiqués, de ces contrats léonins scandaleux, semblables à ceux que plusieurs d'entre nous ont été obligés de signer.

Depuis longtemps nos voisins sont syndiqués dans la Charente, la Vienne, l'Indre, tout comme sont syndiqués les Pharmaciens de la Haute-Vienne. Attendre plus longtemps, alors que la presque totalité du corps médical de la Haute-Vienne fait déjà partie d'une Association qui désire un syndicat serait de l'inertie.

J'ai donc l'honneur, chers Confrères, de vous proposer de nommer un bureau provisoire qui se réunira à Limoges dans les premiers jours du mois d'août pour élaborer des statuts, et je prends la liberté d'en déposer un projet aujourd'hui, projet qui peut servir de base à la discussion qui aura lieu lors de la réunion.

Je termine en vous proposant de voter des remerciements au Président éminent de l'Association de prévoyance de secours mutuels des médecins de l'Oise, le Docteur Cézilly, le promoteur et le guide du mouvement syndical, le fondateur du *Concours médical* organe officiel des Syndicats, trop peu connu dans notre région.

Après une courte discussion, la réunion vote *à l'unanimité* les conclusions de ce travail et nomme une commission chargée de rédiger des statuts et de convoquer tous les médecins du département pour les leur soumettre.

Cette commission est composée ainsi :

Drs du Basty, Desbrières, Filhouland, de Font-Réaulx, Thouvenet fils.

Elle se réunira à Limoges le 14 août.

Projet de fondation d'un syndicat parisien suburbain.

Chers confrères de Saint-Maur, Champigny, Nogent-sur-Marne, le Perreux, Saint-Maurice et Joinville-le-Pont,

Je viens vous faire un pressant appel pour constituer un petit syndicat, formant un faisceau solide destiné à relever notre profession et à améliorer notre situation dans notre région.

Mais, me direz-vous, il existe un syndicat des médecins de la Seine qui répond à tous nos besoins. Je ne crois pas que l'action de ce syndicat soit bien efficace et, si je n'y ai pas adhéré il y a deux ans, lors de sa formation, c'est pour les raisons suivantes : nos intérêts ne sont pas les mêmes que ceux de nos confrères parisiens — le recrutement sévère des membres en est aussi impossible que la surveillance de ces membres — je n'ai pas vu que le syndicat de la Seine se soit attaqué à la création d'un ordre de médecins — enfin et surtout, je constate l'impossibilité pour nous, médecins de la banlieue, de nous rendre régulièrement aux assemblées à Paris. — Du reste, un petit groupe bien discipliné agira plus efficacement. C'est pour toutes ces raisons que je viens vous proposer de former un syndicat. Je crois qu'il serait urgent de nous réunir pour examiner certaines réformes comme le fonctionnement du service des indigents : A notre avis, ces malades devraient, comme les autres malades, avoir le choix du médecin et les visites devraient être payées à tant la visite, le prix de la visite étant proportionné à l'état financier de chaque commune — le service de l'état civil qui, selon nous, devrait être fait, à tour de rôle par chacun des médecins de la commune — le refus de soigner les sociétés payant 3 à 5 francs par tête — l'établissement d'un tarif — le fonctionnement d'un service de recouvrements destiné en même temps à nous éclairer sur notre clientèle — l'étude de la mise en vigueur de moyens efficaces contre les indignes de notre profession — les remplacements prolongés ou d'un jour — les consultations — les moyens de diminuer, d'adoucir les froissements multiples forcés, tant par le fait de la clientèle qui aime nous diviser et qui, seule, profite de nos divisions, que par le fait de notre vanité blessée et de nos intérêts lésés, etc., etc...

En dehors de nos intérêts purement professionnels et de l'avantage qui résulterait pour nous, qui vivons côte à côte, sans nous connaître suffisamment, nos réunions seraient une agréable distraction à notre besogne de tous les jours et nous ne voyons pas pourquoi, sans faire concurrence à la docte Académie, qui n'est pas souvent intéressante, nous ne discuterions pas en commun nos cas, pourquoi nous ne demanderions pas avis à nos confrères réunis, sur une difficulté médicale ou chirurgicale.

Déjà nos excellents confrères et amis MM. les docteurs Barborin, Dumas, Ferrand, Lorain et Monmarson adhèrent à notre projet. Nous voulons espérer que tous nos autres confrères intéressés, faisant abstraction de leurs inimitiés personnelles, nous enverront leur acceptation et nous fixeront, dans un bref délai, une réunion.

(*Revue Médicale.*)

Dr Stieffel,
à Joinville-le-Pont.

REPORTAGE MÉDICAL

Mort de M. Charcot. — Un grand médecin, M. le professeur Charcot, le fondateur de l'Ecole de la Salpêtrière, vient de mourir subitement, à Avallon, où il se trouvait en excursion avec deux de ses élèves et amis, les professeurs Strauss et Debove. M. Charcot tenait une place considérable dans l'enseignement médical, où il était véritablement le Trousseau des affections nerveuses : esprit lucide et juste, s'assimilant facilement tous les travaux, s'exprimant dans un style clair et élégant, il a été surtout, comme Trousseau, un *grand vulgarisateur.* Son grand talent et son influence à la Faculté, très considérable, lui avaient valu une véritable cour d'élèves, empressés à ses leçons. Sa mort va faire un grand vide dans la science médicale française.

On attribue cette mort subite à un accès d'angine de poitrine ; le professeur Charcot était âgé de 68 ans.

— *Mort du docteur Blanche.* — Le Dr Blanche, médecin aliéniste, membre associé de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, vient de succomber à l'âge de 73 ans, dans sa maison de santé d'Autcuil. C'est dans sa maison qu'avait été interné Guy de Maupassant, mort récemment de paralysie générale.

— Nous ignorons encore si les examens de Doctorat exigés sont les examens demandés jusqu'à ce moment aux étudiants pour le Doctorat, ou bien les nouveaux examens institués depuis la réforme des études médicales qui sont les suivants :

Troisième examen. — Première partie : médecine opératoire et anatomie topographique; pathologie externe ; accouchements. — Deuxième partie : pathologie générale ; pathologie interne ; épreuve pratique d'anatomie pathologique.

Cinquième examen. — Première partie : cliniques externe et obstétricale. — Deuxième partie : clinique interne.

Thèse. — Les candidats soutiennent cette épreuve sur un sujet de leur choix.

La différence porte sur l'addition au 3e Doctorat de l'anatomie topographique ; de plus, l'épreuve pratique d'anatomie pathologique est reportée au 3e examen, 2e partie, au lieu d'être passée avec le 5e, 2e partie.

Nous espérons d'ailleurs qu'un règlement d'administration publique sera publié d'ici peu à ce sujet : nous le publierons dès qu'il sera paru.

— M. le professeur Bouchard a prononcé, au *Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences*, qui vient d'avoir lieu à Grenoble, un éloquent discours sur l'orientation de la médecine et les progrès accomplis depuis quelque vingt ans. La connaissance du rôle des microbes dans les maladies, la notion des auto-intoxications par les transformations plus ou moins toxiques que subit la matière en traversant le corps d'un animal vivant, la formation de ces mêmes auto-intoxications par la suppression des fonctions d'un organe chargé d'éliminer ces poisons, enfin la notion due à Brown-Séquard du mécanisme d'après lequel certains accidents morbides résulteraient de la suppression d'une sécrétion utile, et le rôle que le système nerveux, aux prises avec une cause morbifique, exerce sur les appareils pour provoquer, ou au contraire empêcher leur fonctionnement, sont les idées fécondes qui sont les éléments de la doctrine médicale actuelle.

M. Bouchard termine ainsi : « Infection, diathèses, auto-intoxication, rôle utile des sécrétions internes, réactions nerveuses et provocatrices d'action ou inhibitoires, cette énumération me suffit pour indiquer les principales idées directrices de la médecine contemporaine. Elle suffit aussi pour montrer que nous n'avons pas abdiqué, et que l'esprit scientifique français garde sa part dans la direction de la médecine. »

— *Inoculation expérimentale de la syphilis.* — Un médecin d'origine étrangère accompagné d'un étudiant se présente chez M. Pengrueber ; il a inoculé le jeune homme, vierge de syphilis, avec le liquide virulent d'un chancre. Sur demande l'innovateur dit qu'il veut conserver le secret du vaccin, dont préalablement il a imprégné son sujet. On éconduit le suggestionneur et le suggestionné. Ce dernier revient quinze jours après avec un magnifique chancre induré ; on le met en observation et en traitement. M. Pengrueber, tout en souhaitant la punition exemplaire du médicastre, ne peut donner aucun renseignement sur son compte. Il était utile de publier cet exemple, pour qu'il ne trouve pas d'imitateurs.

Autre genre de crédulité. A Gyp, à 20 kilomètres de Paris, deux prêtres, mandés par l'archevêque, exorcisent une possédée. M. Dumontpallier, appelé par la municipalité, constate une grande hystérie et s'offre à la traiter. La famille refuse et il assiste à une scène publique d'exorcisme qui n'avait rien d'édifiant. Bien au contraire ! Que doit-il donc se passer au fin fond des provinces ?

— *Folie communiquée de l'homme aux animaux.* — M. le Dr Féré a fait, à la Société de Biologie une communication bien intéressante. Une dame, âgée de 53 ans, était atteinte d'agoraphobie. Elle achète un chien d'un an, jusque là bien portant; au bout de quelque temps, ce chien, de même que sa maîtresse, ne pouvait plus sortir sans raser, et quand on voulait lui faire traverser une rue, il s'y refusait en poussant des cris de détresse ; si on l'y contraignait, il se laissait tomber, en lâchant ses excréments et ses urines. Ce chien, séparé de sa maîtresse ne tarda pas à guérir ; mais peu de temps après lui avoir été rendu, il présentait de nouveau les symptômes de la peur de l'espace.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

No 3817. — M. le Dr Villeprand, de Paris, présenté par M. le Directeur.

No 3818. — M. le Dr de Brinon, de Moulins, membre de l'Association des médecins de l'Allier.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'Ecole de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

Librairie-éditeur du « **Concours médical** », la Société se charge de prendre tous les abonnements pour le compte de ses clients, de donner gracieusement tous renseignements sur devis d'impressions, ouvrages, etc. De plus, tous les genres d'ouvrages anciens ou nouveaux, médecine, science, littérature, voyages, etc., seront fournis aux membres du Concours médical avec une réduction de 20 % sur les prix marqués, frais de port et recouvrement, s'il y a lieu, à la charge du destinataire.

La *Société d'Editions Scientifiques*, établie sur les bases de la **Mutualité**, a pour principe de partager par moitié, entre les Auteurs et elle, *tout bénéfice* résultant de la vente des ouvrages.

PETITE ENCYCLOPÉDIE MÉDICALE :

Nourrices sur lieu. Conseils aux jeunes mères, par le docteur Henry Drouet, 1 vol. in-18 raisin cartonné à l'anglaise, **3** fr. **2.40** franco pour les membres du Concours.

Les nombreux et graves inconvénients, trop souvent, les dangers sérieux de l'éloignement de l'enfant placé *en nourrice* ont fait faire un progrès considérable à la généralisation des nourrices sur lieu ; mais pour que l'élevage d'un enfant par une nourrice sur lieu donne les résultats qu'on est en droit d'en attendre, il est nécessaire, indispensable que la mère elle-même prenne une part active aux soins de l'enfant qu'elle ne peut allaiter, d'où les conseils aux jeunes mères : 1. *Conduite à tenir avant l'arrivée de la nourrice.* — 2. *Choix de la nourrice.* — 3. *Conduite à tenir avec la nourrice.* — 4. *Du changement de nourrice.* — 5. *Sevrage.* — 6. *Surveillance de la façon dont se fait la nutrition du nourrisson.*

Telle est la division de ce petit livre, qui n'a qu'un but : Diriger les jeunes mères ; remplacer en partie l'expérience qui leur manque.

Ce but, on peut dire qu'il l'atteindra.

De la même collection :

Le Premier âge et la seconde enfance, par le docteur E. Verrier, 1 vol. in-18 raisin cartonné à l'anglaise. **3** fr. **2.40** pour les membres du Concours.

Ce livre est un livre d'hygiène du premier âge au point de vue de l'individu et au point de vue social ; hygiène privée et publique. De cette dernière dépend souvent la vitalité de tout un pays, car si la médecine est l'art de guérir les maladies, l'hygiène est l'art de les éviter.

L'auteur a écrit ce livre dans l'intention de rendre service à l'humanité et nous lui souhaitons le succès qui lui fera atteindre le but proposé.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André

Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année — N° 34 — 26 Août 1893

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

L'ostéite déformante ou maladie de Paget.

M. *A. Joncheray*, dans une récente thèse, fait une étude très intéressante de la maladie osseuse de Paget, à propos d'une observation recueillie à Angers sur un fabricant de peignes à chanvres. Il fait remarquer que cette affection est toujours chronique et semble réservée à la période sénile de la vie. Généralement plus fréquente en Angleterre, elle atteint de préférence les goutteux et se manifeste par des déformations et hypertrophies osseuses avec ou sans douleurs. Au point de vue anatomo-pathologique, cette affection consiste en un mélange d'ostéite atrophiante et d'ostéite formatrice.

Son début est insidieux, souvent un seul os est atteint; mais il y a tendance à la symétrie et à la généralisation.

Sa durée est de 5 à 20 ans en moyenne. Elle ne retentit point sur l'état général, mais est fréquemment accompagnée de cancer.

L'étiologie et la thérapeutique sont encore pleines d'obscurité. L'iode, le phosphate de chaux, l'arsenic sont inefficaces.

Intoxication par le travail du chanvre.

Dans une thèse pleine de faits observés avec une rare patience et une remarquable sagacité, le Dr *Salomon*, de Savigné-l'Evêque, attire l'attention sur une intoxication professionnelle encore peu étudiée, le cannabisme des ouvriers peigneurs de chanvre. On sait que le chanvre (cannabis sativa) est un congénère du cannabis indica, dont les sommités fleuries forment la base du haschisch. Le chanvre renferme une essence, le cannabène, et une résine, la cannabine, qui ont un pouvoir toxique assez prononcé. Chez les peigneurs de chanvre, M. Salomon signale deux sortes d'intoxication, l'une aiguë, l'autre chronique :

L'intoxication aiguë se révèle à l'occasion de l'entrée à l'atelier, aussi bien pour ceux qui ont déjà travaillé et reprennent leur travail interrompu, que pour les ouvriers qui débutent.

Dans le premier cas, c'est une poussée aiguë greffée sur une intoxication chronique ; dans le second cas, les accidents aigus ouvrent la scène et préparent le chemin à la chronicité.

Le malade est pris de *céphalée*, de malaise général, de *dyspnée angoissante*, de courbature, de *frissons*, de *chaleur*, de *sueurs*.

Ces phénomènes se succèdent dans le même ordre que dans l'accès de fièvre palustre. Comme dans cette manifestation aussi, il arrive parfois que l'un ou l'autre des symptômes vient à manquer, présente plus d'intensité ou n'occupe pas sa place.

Le phénomène douleur est susceptible de se manifester sous la forme de toutes les *névralgies* : faciale, intercostale, circonflexe, crurale, sciatique, iléo-lombaire.

Certaines manifestations locales viennent souvent enrichir la symptomatologie. La *stomatite* décrite par Toulmouche, la *conjonctivite*, des *ulcérations nasales*, des poussées *d'eczéma* ayant leur siège de prédilection derrière les oreilles et sur les mains, (ces accidents cutanés sont comparables à la dermite eczémateuse, décrite par M. Leloir chez les ouvriers du lin) ; enfin, on observe aussi quelquefois des *érythèmes* dus à des troubles vaso-moteurs.

Ces accidents sont généralement légers et de courte durée. Le malade se couche, s'endort, son sommeil est peuplé de *rêves* fantastiques dont il se souvient plus tard. Au réveil, l'accès est terminé et l'ouvrier peut reprendre son travail sans inconvénient, c'est la fièvre du chanvre. Le traitement ne présente pas d'indications spéciales.

Les accidents semblent céder à la thérapeutique des affections auxquelles ils ressemblent.

L'intoxication chronique est plus ou moins précédée d'accidents aigus répétés, mais le premier symptôme est l'*amaigrissement rapide*. Le peigneur perd de son poids. Son ventre *est rétracté*, sa peau devient *brune*, son dos se voûte, son système *pileux* se développe. Les *ongles* et les *orteils* se déforment. Le *système nerveux* n'est pas épargné. Les sensibilités sont émoussées, les réflexes diminuent sans ataxie, mais la marche est incertaine. On observe quelquefois des plaques d'anesthésie et d'hypéresthésie. La *force musculaire* s'affaiblit, le *sens génital* excité au début est diminué, puis aboli. L'urine est en général abondante, il y a *polyurie* et *pollakiurie*, son *odeur* rappelle celle du chanvre.

Chez la femme, on observe des troubles de la menstruation ; *aménorrhée*, *dysménorrhée* et *métrorrhagies*. Chez elle le *sens génital* d'abord excité disparaît rapidement. J'insiste sur ce symptôme. Voici ce qui se produit en général pour chaque sexe. L'homme résiste assez longtemps à l'influence du chanvre, puis peu à peu le sens génital s'affaiblit et disparaît complètement. La femme, excitée au début, avoue alors de puissants désirs vénériens, mais cette exaltation est de courte durée, et au bout d'un temps relativement court, l'homme et la femme peuvent vivre sans inconvénient, dans un état de promiscuité, qui est partout ailleurs le principal danger des ateliers mixtes.

Les femmes ont des métrorrhagies extrêmement tenaces ; les grossesses sont rares et évoluent difficilement. Beaucoup n'arrivent pas à terme, le produit de la conception chétif, malingre, nerveux, meurt très souvent dans le premier mois de la vie extra-utérine.

Le pronostic n'a pas la gravité à laquelle on serait en droit de s'attendre. En dehors du peu de développement du tissu musculaire, de l'absence complète de tissu adipeux, de l'exiguïté de leurs viscères, et si l'on met de côté les accidents aigus que nous avons signalés, on trouve que les peigneurs de chanvre semblent jouir d'une santé parfaite, être même réfractaires aux affections microbiennes, fièvres éruptives, fièvre typhoïde. La tuberculose pulmonaire elle-même fait peu de ravages parmi eux, il en est de même du cancer.

Au point de vue chirurgical, malgré les grandes difficultés que l'on rencontre pour faire de l'antisepsie rigoureuse, les suites des plaies et des opérations sont toujours simples.

En ce qui concerne le traitement, M. Salomon le déclare nul, mais il essaie une prophylaxie raisonnée. Le seul moyen d'éviter l'intoxication, c'est de soustraire les ouvriers aux poussières de chanvre au moyen d'un masque suffisamment ample pour permettre la respiration sans fatigue, et de n'employer que le moins possible du chanvre de Naples extrêmement riche en cannabène et en cannabine. Le chanvre russe serait bien préférable, si le chanvre français ne suffit pas à la consommation.

Traitement des fibromes utérins.

M. *Chandelux* fait une communication intéressante sur un mode de traitement spécialement applicable aux fibromes utérins inopérables, et pour lesquels cependant des accidents graves indiquent une thérapeutique active.

Après avoir fait ressortir les avantages que lui ont fournis dans sa pratique les prises d'ergotine et de tannin, à la dose de 0,40 centigr. d'ergotine par jour et pendant des semaines et des mois, dans ces cas de fibromes volumineux, après avoir insisté sur ce fait que l'absorption de l'ergotine ainsi administrée ne nuit pas du tout à l'évolution de la grossesse (il a observé trois cas probants à cet égard), M. Chandelux annonce que dans un cas de fibrome énorme, rebelle à l'ergotine même, les injections interstitielles de *chlorure de zinc* dans le sein de la tumeur lui ont donné un succès remarquable. Ces injections ont été faites à l'aide d'une longue aiguille, en commençant par des solutions de chlorure à 2 pour 50.

La tumeur a diminué actuellement de moitié, et les principaux accidents ont disparu.

MÉDECINE PRATIQUE

Diagnostic de la méningite cérébrale.

Parmi les trop nombreuses maladies devant lesquelles la médecine reste encore désarmée, la méningite cérébrale est certainement une des plus redoutables, puisqu'elle est toujours sûrement fatale. Aussi n'est-ce qu'avec une sorte de terreur ou de dépit que le médecin, en présence de signes d'une valeur indiscutable, se décide à poser le diagnostic de cette épouvantable maladie. Or, ces signes d'une valeur indiscutable ne sont pas toujours fort aisés à dépister, et le sage est souvent obligé d'attendre longtemps avant de se prononcer.

Nous savons bien que nombre de praticiens, soit par ignorance, soit plutôt par charlatanisme, diagnostiquent, traitent et guérissent une multitude de méningites. La plupart du temps, les malades ou les parents des malades acceptent sans défiance de pareilles invraisemblances et gardent une reconnaissance imméritée à ces malhonnêtes exploiteurs de leur crédulité (nous disons malhonnêtes, parce qu'ils font du tort dans l'esprit du public aux sincères interprètes de la vérité, qui prétendent ne pas pouvoir guérir une méningite).

Puisque malheureusement, hélas ! nous sommes obligés en toute franchise d'avouer notre impuissance dans le traitement, voyons un peu s'il est possible de reconnaître avec sûreté et précision les caractères de la vraie méningite. Ce diagnostic est souvent malaisé ; deux faits que nous avons eu encore dernièrement sous les yeux, ajoutés aux nombreux exemples que nous avons eus antérieurement et que nous avons entendus rapporter, sont là pour nous confirmer dans cette opinion.

I.

LA MÉNINGITE CÉRÉBRALE DE L'ENFANT.

La méningite cérébrale atteint tout âge et tout sexe. Il n'y a donc aucune remarque utile à tirer de ces deux faits. Chez l'enfant, qui n'a pas un an, il est rare que la méningite soit localisée et simple. Le plus souvent, il s'agit de tuberculose miliaire aiguë, et les poumons, la rate, le foie sont envahis comme les méninges. Ce sera donc

habituellement, un diagnostic de granulie qu'il faudra poser chez le nouveau-né. Le peu de netteté des symptômes subjectifs à cet âge empêche généralement de faire un diagnostic de localisation méningée. Toutefois, on peut se baser sur la concomitance de deux symptômes capitaux de la méningite pour émettre l'hypothèse de cette localisation : ce sont *les convulsions unilatérales* et la *constipation opiniâtre*.

Chez l'enfant, après un an, la méningite est presque toujours de nature tuberculeuse et les symptômes sont plus saisissables. Nous n'insisterons pas sur les multiples phénomènes dont s'accompagne toujours cette horrible maladie. Ici nous faisons seulement un chapitre de diagnostic. Cependant, il faut toujours se souvenir de la triade symptomatique classique, et chercher avec persévérance l'existence du trépied méningitique : *la céphalalgie, la constipation, les vomissements*.

Il serait de toute utilité de faire un diagnostic précoce; malheureusement, il est trop souvent scabreux. Le trépied n'existe pas d'une manière complète dès le début, et comme la céphalalgie existe presque seule, on ne peut pas toujours penser à la possibilité d'une méningite. Combien de parents vous consultent à ce sujet, vous disant que l'enfant se plaint de la tête ou bien qu'il transpire beaucoup du cuir chevelu, qu'il a une forte fièvre, qu'il pourrait bien avoir une méningite! Ne nous pressons cependant jamais de dire, presque sans examen sérieux : « Mais non, Madame, votre enfant n'a pas de méningite. » Cherchons plutôt du côté de la méningite que du côté des dents ou des vers, autres préjugés des parents. Il ne faut pas être alarmiste, pas plus qu'optimiste ; mais il vaut encore mieux pencher vers le premier sens ; on vous en veut beaucoup plus, pour ne pas avoir paru prévoir une maladie grave que pour avoir annoncé trop de complications à une maladie bénigne.

Donc, examinons bien tout d'abord l'état du tube digestif de l'enfant, déglutition, digestion, défécation, réservant toujours la possibilité des vers (ascarides ou ténias), et disant aux parents qu'avec une purge et un vermifuge, on fera une bonne et salutaire expérience, qui tranchera sûrement la question. Nous insisterons surtout sur la constipation et les vomissements, *vomissements sans efforts*, sortes de régurgitations alimentaires, qui, bien que fréquents dans les gastropathies infantiles, sont plutôt caractéristiques d'affections cérébrales.

Nous passerons ensuite à l'examen de la circulation. Il est fort important d'ausculter et de percuter attentivement le cœur, par la méthode d'Azoulay (position relevée, tronc horizontal, tête et bras soulevés, genoux pliés sur l'abdomen), afin de rechercher l'existence de l'hypertrophie cardiaque de croissance, qui s'accompagne de céphalalgies violentes (G. Sée, Comby). Le pouls doit être compté méthodiquement et longuement. Quelquefois, au début d'une méningite, l'enfant a quelques petites *irrégularités du pouls*, un arrêt subit, un faux pas toutes les quinze, vingt, trente, cinquante pulsations. M. Petit insistait fréquemment sur ce fugace phénomène, qui a une grande valeur, quand il s'accompagne de céphalée.

Enfin, un grand point à élucider, c'est *l'état du caractère*. Y a-t-il eu un changement notable du caractère ? L'enfant est-il devenu sombre, sauvage, somnolent, ou irritable, depuis peu de temps et sans cause appréciable. Il faut se méfier des prétendues jalousies, qui minent certains enfants, au dire des parents. Tous ces faits bien constatés ne sont pas absolument pathognomoniques de la méningite tuberculeuse ; la forme de la boîte crânienne, l'excès d'intelligence et de travail cérébral, peuvent, quand ils accompagnent les phénomènes précédents, donner plus de poids dans la balance en faveur de la méningite ; mais il faut encore constater deux choses pour être sûr de son diagnostic précoce : *l'amaigrissement rapide*, et *l'élévation de la température vespérale* de quatre ou cinq dixièmes de degré.

Méfions-nous donc encore des dires des parents : Mon enfant a de la fièvre le soir et il maigrit ; constatons cela par nous-mêmes ; une balance et un thermomètre ne peuvent pas nous induire en erreur comme les parents.

Voilà comment on doit procéder au début et non pas perdre son temps à chercher l'une après l'autre, toutes les maladies qui pourraient être confondues avec la méningite. Ce serait un sûr moyen de s'égarer ; car toutes les maladies peuvent ressembler à la méningite tuberculeuse au début.

Un dernier examen doit être pratiqué pour confirmer le diagnostic : c'est celui des urines. L'albuminurie est exceptionnelle dans la méningite ; on ne doit donc pas en trouver, sinon le diagnostic est presque sûrement erroné.

Dans la période d'état de la méningite tuberculeuse, on ne trouve pas toujours tous les symptômes classiques : l'enfant, couché en chien de fusil, détournant ses yeux de la grande lumière, poussant des cris plaintifs entremêlés de cris hydrencéphaliques plus ou moins aigus, ayant le ventre rétracté en bateau, avec des alternatives de rougeur et de pâleur de la face, constipé, ne pouvant conserver aucune nourriture, grincheux quand on lui parle, soulevant avec peine ses paupières et plissant son front quand il cherche à vous regarder, la nuque raide, les membres agités par moments de contractions et de convulsions épileptiformes.

Tous ces symptômes joints à la fièvre et aux irrégularités plus ou moins nombreuses du pouls et de la respiration (Cheynes-Stockes) sont évidemment plus que suffisants pour affirmer le diagnostic. Mais, il est fréquent d'en voir manquer un grand nombre, soit que la méningite ait une forme irrégulière, soit qu'elle s'accompagne d'une autre localisation de la tuberculose. L'attitude en chien de fusil se voit dans toutes les maladies cérébrales et même dans le délire des fièvres graves. Le ventre reste quelquefois ballonné ou tout au moins normal. La constipation avec la céphalalgie et le mâchonnement, le grincement des dents, les convulsions même se voient réunies dans plusieurs affections : avec hypothermie, dans l'urémie et l'éclampsie, dans certains empoisonnements (acide phénique, acide salicylique) ; avec hyperthermie, dans la fièvre typhoïde, dans la fièvre palustre et surtout dans l'influenza à forme méningitique, comme nous en avons observé un cas frappant chez un enfant de dix ans. Il faut ajouter que chez cet enfant, un important symptôme manquait : *les vomissements*.

Chez un autre enfant, plus jeune, nous avons observé tous les phénomènes de la méningite,

fièvre, vomissements, convulsions, contractures de la nuque, cris plaintifs, etc., sauf la constipation et la rétraction du ventre en bateau ; c'était encore une forme méningitique de la grippe : les deux enfants en question ont parfaitement guéri.

A la dernière période de la méningite, période de paralysie et de coma, le diagnostic peut encore être ardu ; si l'on n'a pas vu le début, on peut croire encore à l'urémie, s'il n'y a pas de fièvre; à la fièvre thyphoïde, s'il y a de la fièvre. L'inégalité pupillaire, l'accélération du pouls et de la respiration, l'insensibilité, ne sont pas absolument caractéristiques du coma méningitique, et on peut encore errer. Nous ne parlons pas de l'examen ophthalmoscopique de Bouchut ; cela nous a toujours paru peu pratique chez les enfants. Nous ajoutons plus de confiance à l'examen des urines et à l'étude de la courbe thermométrique, quand on a pu la dresser ou la faire dresser. Les irrégularités et les oscillations de la température plaident toujours pour l'opinion de méningite. En l'absence de la température antérieure, on n'aura qu'une ressource, l'examen des commémoratifs en insistant sur les vomissements et la constipation.

Quand le diagnostic est fermement posé, il faut toujours s'abstenir de le dire à qui que ce soit dans la famille, ou les amis. Au début : craintes de congestion cérébrale ; faiblesse cérébrale ; excitation cérébrale.

Dans la période fébrile confirmée, on insiste sur la congestion, la fièvre nerveuse, l'inflammation cérébrale, la crainte d'une fièvre cérébrale ; jamais on ne doit prononcer le mot de méningite, et si la famille vous y pousse, il faut écarter cette hypothèse, dire qu'on l'avait peut-être redoutée, mais qu'elle est détournée et qu'on espère pouvoir sauver le cerveau. Lorsque la terminaison approche, il faut montrer que les complications habituelles se sont surajoutées, que la force des nerfs s'est épuisée et qu'on croit pouvoir tirer parti d'une portion saine que l'on sait encore exister pour résister à l'épuisement général.

Il faut surtout être réservé pour le pronostic et ne pas annoncer trop précipitamment la mort : au contraire, il faut multiplier ses visites afin de suivre les phénomènes de plus près et surtout, afin de suggestionner la famille et les amis au point de vue des efforts que l'on tente pour sauver le malade. Cela est de l'humanité et non de la malhonnêteté ; car on joue alors le rôle d'un consolateur puisqu'on ne peut guérir le mal.

II

MÉNINGITE CHEZ L'ADULTE.

Chez l'adulte on peut observer deux formes de méningite, la méningite tuberculeuse et la méningite aiguë. La méningite aiguë est aussi de nature infectieuse, pneumococcique, streptococcique, staphylococcique ; elle se rencontre donc chez l'enfant ; mais elle est tellement rare que l'on n'a guère d'occasions de l'observer.

En général, de 2 ans à 11, c'est à la méningite tuberculeuse que l'on a affaire ; entre l'adolescence et la vieillesse, de 12 ans à 60 ans, on peut aussi bien être en présence d'une méningite aiguë simple que d'une méningite tuberculeuse ; néanmoins la seconde est plus fréquente que la première.

La méningite aiguë a généralement une allure franche ; elle débute assez brusquement par un grand frisson, une élévation de température considérable (39°, 40°, 41°), de la raideur de la nuque, des vomissements, de la constipation, à la suite d'une pneumonie franche, ou d'une otite, d'une carie du rocher, d'un furoncle de la face, d'une ostéomyélite aiguë maxillaire, etc. La durée est généralement courte, quatre à cinq jours, et la terminaison fatale arrive dans le coma, après avoir provoqué quelquefois des convulsions plus ou moins localisées.

Tout au plus, pourrait-on la confondre avec la variole, la scarlatine, l'érysipèle au début. Mais dans la variole, la rachialgie est plus intense que la céphalalgie et les rashs sont fréquents ; dans la scarlatine, on observe de l'angine et la température monte plus brusquement à 41° que dans la méningite.

La fièvre typhoïde, la malaria, la grippe se différencieront de la méningite aiguë, principalement par la marche de la température et l'absence d'un des symptômes du trépied méningitique, pas de vomissements ou pas de constipation.

Quant à l'urémie, il est à peine besoin de dire que le diagnostic est généralement simple, l'hypothermie étant de règle.

La méningite tuberculeuse a des allures extrêmement bizarres et variées chez l'adulte. On peut dire, sans exagération, que pas un type de méningite ne ressemble à un autre chez l'adulte.

Presque toujours très insidieuse, lente, localisée à un petit territoire de la base du cerveau, la méningite tuberculeuse donne lieu chez l'un à une paralysie d'un membre supérieur, chez l'autre à une paralysie du moteur oculaire commun, chez un 3e à des mouvements convulsifs dans un côté du corps, ou simplement dans un membre : quand elle atteint la convexité, elle donne lieu à de l'aphasie, à des vertiges, à des somnolences avec idées délirantes, voire même à de véritables accès de manie ou de délire furieux. En un mot, toute la pathologie cérébrale peut être simulée par la méningite tuberculeuse localisée de l'adulte (syphilis, tumeurs, pachyméningite, paralysie générale, échinocoques du cerveau, etc.) Le diagnostic est donc extrêmement scabreux ; d'autant que les malades paraissent dans ce cas encore suffisamment valides pour ne pas s'aliter. Plusieurs sont considérés comme des aliénés ordinaires, internés, puis au bout de 3 semaines, un mois, des phénomènes aigus surviennent qui les emportent et permettent de faire sur la table d'autopsie un diagnostic à peine soupçonné pendant la vie.

Qu'on y prenne donc toujours garde ! Qu'on recherche toujours ces symptômes capitaux : avec la céphalalgie, la constipation et les vomissements, la courbe thermométrique surtout, et l'analyse des urines.

La fièvre est rare dans toutes ces affections non aiguës et elle est cependant trop peu élevée pour être remarquée sans le secours du thermomètre dans la méningite tuberculeuse. Il va sans dire que si l'auscultation dévoile l'existence de cavernes pulmonaires, si l'examen des crachats fait constater la présence des bacilles tuberculeux ; enfin, si l'injection de tuberculine permet d'assister à une réaction fébrile vive, le diagnostic sera confirmé plus qu'il n'est nécessaire. Il faut faire le diagnostic habituellement, sans le secours de ces moyens.

Ici encore, il faut user de la plus grande réserve

pour formuler un pronostic et observer la sage prudence, dans l'indication du diagnostic, quand il sera fixé.

Dr Paul HUGUENIN.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Réorganisation de l'enseignement médical.

1° Décret instituant dans les Facultés des sciences un certificat d'études physiques, chimiques et naturelles obligatoire pour les aspirants au Doctorat en médecine.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes,

Vu le décret du 20 juin 1878 ;

Vu le décret du 8 août 1890 relatif au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique ;

Vu la loi du 27 février 1880 ;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

Art. 1er. — Il est institué dans les facultés des sciences un enseignement préparatoire des sciences physiques, chimiques et naturelles.

Art. 2. — Sont admis à suivre cet enseignement les jeunes gens pourvus d'un diplôme de bachelier, et, après constatation de leur aptitude par la faculté, les jeunes gens âgés de dix-sept ans au moins, pourvus, soit du brevet supérieur de l'enseignement primaire, soit du certificat d'études primaires supérieures.

Art. 3. — A la suite de cet enseignement et après examens subis devant les facultés des sciences, il est délivré un certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Art. 4. — Pour être admis à l'examen, les aspirants doivent justifier de quatre inscriptions trimestrielles et de leur participation aux travaux pratiques.

Art. 5. — L'examen est subi devant la faculté dans laquelle le candidat a pris les quatre inscriptions. Il comprend :

Une interrogation et une preuve pratique de physique ; une interrogation et une épreuve pratique de chimie ; une interrogation et une épreuve pratique de zoologie ; une interrogation et une épreuve pratiques de botanique.

Le tout conformément aux programmes qui seront déterminés par arrêté ministériel.

Art. 6. — Le jury est composé de trois membres de la faculté.

Art. 7. — L'enseignement institué par le présent décret peut être organisé près les écoles de médecine de plein exercice et près les écoles préparatoires réorganisées, situées dans les villes où il n'existe pas de faculté des sciences.

Les examens ont lieu sous la présidence d'un professeur d'une faculté des sciences délégué par le ministre.

Art. 8. — Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois* et publié au *Journal officiel*.

2° Décret réorganisant les études médicales.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes ;

Vu les décrets des 20 juin 1878, 23 juillet 1882 et 5 août 1884, relatifs au doctorat en médecine ;

Vu les décrets des 1er août 1883 et 31 juillet 1893, relatifs aux écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie ;

Vu le décret du 8 août 1890, relatif au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique ;

Vu le décret du 31 juillet 1893, relatif au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ;

Vu la loi du 10 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine ;

Vu la loi du 27 février 1880 ;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu.

Décrète :

Art 1er. — Les études en vue du doctorat en médecine durent quatre années.

Elles peuvent être faites :

Pendant les trois premières années, dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie.

Pendant les quatre années, dans une faculté mixte de médecine et de pharmacie ou dans une école de plein exercice de médecine et de pharmacie.

Art. 2. — Les aspirants au doctorat en médecine doivent produire, pour prendre leur première inscription, le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Art. 3. — Ils subissent cinq examens et soutiennent une thèse.

Art. 4. — Les examens portent sur les matières suivantes :

Premier examen.

Anatomie, moins l'anatomie topographique. Epreuve pratique de dissection.

Deuxième examen.

Histologie : physiologie, y compris la physique biologique et la chimie biologique.

Troisième examen.

1re partie. — Médecine opératoire et anatomie topographique.

Pathologie externe ; accouchements.

2e partie. — Pathologie générale, parasites animaux, végétaux ; microbes.

Pathologie interne ; épreuve pratique d'anatomie pathologique.

Quatrième examen.

Thérapeutique, hygiène, médecine légale, matière médicale, pharmacologie, avec les applications des sciences physiques et naturelles.

Cinquième examen.

1re partie. — Clinique externe ; clinique obstétricale.

2e partie. — Clinique interne.

Thèse sur un sujet au choix du candidat.

Art. 5. — Le premier examen est subi entre la sixième et la huitième inscription ; le second entre la huitième et la dixième ; le troisième entre la treizième et la seizième ; le quatrième et le cinquième après la seizième.

Art. 6. — Les notes obtenues par les candidats, soit aux travaux pratiques, soit aux interrogations, soit dans les services cliniques où ils ont été régulièrement admis comme stagiaires, sont communiquées aux examinateurs par les soins du doyen. Il en est tenu compte pour le résultat de l'examen.

Art. 7. — Les étudiants inscrits dans les écoles de plein exercice et dans les écoles préparatoires réorganisées subissent le premier et le second examen devant l'école à laquelle ils appartiennent.

Art. 8. — Le jury est présidé par un professeur de faculté délégué par le ministre.

Immédiatement après les épreuves, le président du jury adresse au ministre un rapport sur les résultats des examens.

Art. 9. — Les sessions d'examen ont lieu, dans les écoles de plein exercice et dans les écoles préparatoires réorganisées, deux fois par an, aux dates fixées par le ministre.

Art. 10. — Les étudiants inscrits dans les écoles préparatoires non réorganisées subissent le pre-

mier et le second examen devant une faculté, aux époques fixées par l'article 5.

En cas d'ajournement, ils sont tenus de se représenter devant la faculté.

Art. 11. — Les travaux pratiques de dissection, de laboratoire et le stage près les hôpitaux sont obligatoires.

Le stage près les hôpitaux est de trois ans au moins. Il doit comprendre un stage d'au moins un trimestre dans un service obstétrical.

Un arrêté ministériel fixera la durée des travaux de dissection et des autres travaux pratiques.

Art. 12. — Les quatrième et cinquième examens et la thèse doivent être subis devant la même faculté.

Art. 13. — Les présentes dispositions seront mises à exécution à dater du 1er novembre 1895.

Les aspirants inscrits avant cette époque subiront leurs examens conformément au décret du 20 juin 1878.

Ils devront, en se faisant inscrire, justifier soit du baccalauréat ès lettres, soit du baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et du baccalauréat ès sciences restreint pour la partie mathématique.

Art. 14. — Sont et demeurent abrogées toutes les dispositions antérieures contraires à celles du présent décret.

Art. 15. — Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois* et publié au *Journal Officiel*.

3° Décret réorganisant les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes,

Vu le décret du 1er août 1883 ;

Vu les décrets du 25 juillet 1885, relatifs aux suppléants et aux chefs de travaux dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ;

Vu le décret en date du 31 juillet 1893, relatif au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ;

Vu le décret en date du 31 juillet 1893, relatif aux études en vue du doctorat en médecine.

Vu la loi du 30 novembre 1892 ;

Vu la loi du 27 février 1880 ;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

Art. 1er. — Les articles 2, 6 et 11 du décret du 1er août 1883 relatif à la réorganisation des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie sont modifiés ainsi qu'il suit :

Art. 2. — Les professeurs titulaires sont au nombre de douze, savoir :

Un professeur d'anatomie descriptive,
Un professeur d'histologie,
Un professeur de physiologie,
Un professeur de pathologie interne,
Un professeur de pathologie externe et de médecine opératoire,
Un professeur de clinique médicale,
Un professeur de clinique chirurgicale,
Un professeur de clinique obstétricale,
Un professeur de physique,
Un professeur d'histoire naturelle,
Un professeur de chimie et toxicologie,
Un professeur de pharmacie et matière médicale.

Art. 6. — Les chefs de travaux sont au nombre de cinq, savoir :

Un chef des travaux d'anatomie et d'histologie,
Un chef des travaux de physiologie,
Un chef des travaux de médecine opératoire,
Un chef des travaux de physique et de chimie,
Un chef des travaux d'histoire naturelle,

Les grades à exiger des chefs de travaux sont :

1° Pour les chefs des travaux d'anatomie et d'histologie, de physiologie et de médecine opératoire, le diplôme de docteur en médecine ;

2° Pour les chefs de travaux de physique et de chimie, le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe ou de licencié ès sciences naturelles.

Les suppléants prennent part à l'enseignement. Ils peuvent être chargés, sans concours, des fonctions de chefs des travaux.

Art. 11. — Les villes sièges d'écoles préparatoires de médecine et de pharmacie contractent l'obligation :

1° D'assurer le service des trois cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale ;

2° De mettre à la disposition de l'école une ou plusieurs salles consacrées aux maladies des enfants.

La clinique médicale et la clinique chirurgicale doivent comprendre chacune cinquante lits au moins.

La clinique obstétricale ne peut en avoir moins de vingt.

Art. 2. — Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes, est chargé de l'exécution du présent décret.

4° Décret réglant les conditions dans lesquelles les Officiers de santé pourront obtenir le Diplôme de Docteur en médecine.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes,

Vu l'article 30 de la loi du 30 novembre 1892 ;

Vu les décrets en date des 20 juin 1878 et 31 juillet 1893, relatifs aux études médicales ;

Vu la loi du 27 février 1880 ;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

Art. 1er. — Pour obtenir le diplôme de docteur en médecine, les officiers de santé doivent subir les épreuves du 3e, du 5e examen et de la thèse, conformément aux règlements en vigueur sur le doctorat en médecine.

Art. 2. — Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

5° Décret relatif aux dispenses qui peuvent être accordées aux médecins pourvus d'un diplôme étranger aspirant au titre français de docteur en médecine.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes ;

Vu l'article 5 de la loi du 30 novembre 1892 ;

Vu la loi du 27 février 1880 :

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète.

Article premier. — Les médecins pourvus d'un diplôme étranger qui postulent le grade de docteur en médecine peuvent obtenir dispense partielle ou totale des inscriptions et dispense partielle des examens exigés pour ce grade.

Art. 2. — La dispense d'examens ne peut en aucun cas porter sur plus de trois épreuves.

Art. 3. — Les dispenses sont accordées par le ministre de l'instruction publique après avis de la faculté compétente et du comité consultatif de l'enseignement public.

Art. 4. — Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

6° Décret relatif aux conditions d'études exigées des aspirantes aux diplomes de sage-femme.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,

Vu le règlement, en date du 11 messidor an X, relatif aux cours d'accouchements de l'hospice de la Maternité de Paris :

Vu le titre V de la loi du 19 ventôse an XI ;

Vu le paragraphe 7 de l'arrêté des consuls, en date du 29 prairial an XI ;

Vu le règlement général pour l'école d'accouchements établie à l'hospice de la Maternité de Paris, en date du 8 novembre 1810 ;

Vu l'ordonnance, en date du 13 octobre 1840, portant organisation des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ;

Vu l'arrêté en date du 19 août 1845, qui détermine les conditions exigées des élèves sages-femmes pour être admises aux cours ;

Vu le règlement du 23 décembre 1854, relatif à la réception des praticiens du second ordre ;

Vu les circulaires des 23 juin, 16 octobre 1856 et 19 août 1857, relatives à l'échange du certificat de capacité contre le diplôme de sage-femme de première ou de deuxième classe ;

Vu le décret du 14 juillet 1875, portant organisation des écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie ;

Vu l'arrêté du 1er août 1879, relatif à l'examen que doivent subir les aspirantes au titre d'élève sage-femme de première classe ;

Vu la circulaire du 13 juin 1888 ;

Vu la loi du 27 février 1880 ;

Vu les articles 3, 5 et 25 de la loi du 30 novembre 1892;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

Article premier. — Les études en vue de l'obtention des diplômes de sage-femme durent deux années.

Elles sont théoriques et pratiques.

Art. 2. — La première année d'études pour le diplôme de première classe peut être faite dans une faculté, dans une école de plein exercice, dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie ou dans une maternité.

La seconde est nécessairement faite dans une faculté ou dans une école de plein exercice, de médecine et de pharmacie.

Art. 3. — Les deux années d'études pour le diplôme de deuxième classe peuvent être faites dans une faculté, dans une école de plein exercice, dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie ou dans une maternité.

Art. 4. — Les aspirantes au diplôme de sage-femme subissent deux examens :

Le premier, à la fin de la première année ; il porte sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie élémentaire ;

Le second, à la fin de la deuxième année ; il porte sur la théorie et la pratique des accouchements.

Les élèves ajournées par les jurys des écoles à la session de juillet-août sont admises à renouveler l'examen dans une session qui sera ouverte à cet effet à la fin du mois d'octobre suivant.

A la suite de ce dernier examen, le diplôme est conféré, s'il y a lieu, dans les formes établies.

Art. 5. — Le premier examen des aspirantes au diplôme de première classe peut avoir lieu devant la faculté ou école où a été faite la première année d'études ; si cette année d'études a été faite dans une maternité, l'examen a lieu indifféremment devant une faculté, une école de plein exercice ou une école préparatoire de médecine et de pharmacie.

Le deuxième examen ne peut avoir lieu que devant l'établissement où a été faite la deuxième année d'études.

Les examens pour le diplôme de deuxième classe ont lieu devant une faculté ou une école de plein exercice ou une école préparatoire de médecine et de pharmacie.

Lorsque les examens ont lieu devant une école, le jury est composé de deux professeurs de l'école, présidés par un professeur ou un agrégé de faculté.

Art. 6. — Les aspirantes au diplôme de sage-femme se font inscrire dans les facultés ou dans les écoles de médecine, du 1er au 15 octobre de chaque année.

Passé ce délai, aucune inscription n'est admise.

Art. 7. — En se faisant inscrire dans une faculté, dans une école de médecine ou dans une maternité, les aspirantes au diplôme de sage-femme déposent les pièces suivantes :

1° Un extrait de leur acte de naissance constatant qu'elles ont l'âge requis par les règlements ;

2° Si elles sont mineures non mariées, l'autorisation de leur père ou tuteur ;

3° Si elles sont mariées et non séparées de corps, l'autorisation de leur mari et leur acte de mariage ;

4° En cas de séparation de corps, l'extrait du jugement passé en force de chose jugée.

5° En cas de dissolution de mariage, l'acte de décès du mari ou l'acte constatant le divorce ;

6° Un certificat de vaccine ;

7° Un certificat de bonnes vie et mœurs ;

8° Un extrait du casier judiciaire;

9° Pour le diplôme de sage-femme de première classe, le brevet de capacité élémentaire de l'enseignement primaire ;

Pour le diplôme de sage-femme de deuxième classe, le certificat obtenu à la suite de l'examen prévu par l'arrêté du 1er août 1879.

Art. 8. — Les sages-femmes reçues à l'étranger devront subir les examens prévus au présent décret.

Elles pourront obtenir dispense partielle ou totale de la scolarité.

Art. 9. — Le présent décret recevra son effet à dater du 1er octobre 1893.

Cependant les aspirantes au diplôme de sage-femme de première classe qui ne seraient pourvues du brevet de capacité élémentaire de l'enseignement primaire pourront, pendant la période de trois années, du 1er octobre 1893 au 1er octobre 1896 exclusivement, présenter le certificat obtenu à la suite de l'examen prévu par l'arrêté du 1er août 1879.

Il n'est rien modifié aux conditions actuelles d'admission aux grades des élèves de la maternité de Paris.

Art. 10. — Les dispositions antérieures contraires à celles du présent décret sont et demeurent abrogées.

Art. 11. — Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

7° Décret relatif au diplome de chirurgien-dentiste.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes.

Vu la loi du 30 novembre 1892 et notamment les articles 2 et 5 ;

Vu la loi du 27 février 1880 ;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

Article premier. — Les études en vue du diplôme de chirurgien-dentiste ont une durée de trois ans.

Art. 2. — Les aspirants doivent produire, pour prendre leur première inscription, soit un diplôme de bachelier, soit le certificat d'études prévu par le décret du 30 juillet 1886, modifié par le décret du 25 juillet 1893, soit le certificat d'études primaires supérieures.

Art. 3. — Ils subissent, après la douzième inscription, trois examens sur les matières suivantes :

Premier examen. — Eléments d'anatomie et de physiologie ;

Anatomie et physiologie spéciales de la bouche.

Deuxième examen. — Eléments de pathologie et de thérapeutique ;
Pathologie spéciale de la bouche ;
Médicaments ; anesthésiques.
Troisième examen.— Clinique, affections dentaires et maladies qui y sont liées. — Opérations.
Exécution d'une pièce de prothèse dentaire.

Art. 4. — Les examens sont subis au siège des facultés et école de médecine où l'enseignement dentaire est organisé, devant un jury de trois membres.

Peuvent faire partie du jury des chirurgiens-dentistes, et, par mesure transitoire, des dentistes désignés par le ministre de l'Instruction publique.

Le jury est présidé par un professeur de faculté de médecine.

Art. 5. — Les dentistes inscrits au rôle des patentes au 1er janvier 1892 peuvent postuler le diplôme de chirurgien-dentiste à la seule condition de subir les examens prévus par l'article 3 du présent décret.

Les dentistes de nationalité française, inscrits à ce rôle antérieurement au 1er janvier 1889, sont dispensés en outre du premier examen.

Les dentistes pourvus, antérieurement au 1er novembre 1893, d'un diplôme délivré par l'une des écoles d'enseignement dentaire existant en France à la date du présent décret, peuvent postuler le diplôme de chirurgien-dentiste à la seule condition de subir le deuxième examen.

Art. 6. — Les dentistes reçus à l'étranger et qui voudront exercer en France seront tenus de subir les examens prévus au présent décret.

Ils pourront obtenir dispense partielle ou totale de la scolarité après avis du comité consultatif de l'enseignement public.

Art. 7. — Un règlement spécial, rendu après avis de la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique, organisera l'enseignement dans celles des facultés et écoles de médecine où il pourra être établi.

Art. 8. — Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

8° Décret relatif à la conversion des inscriptions d'officier de santé en inscriptions de doctorat.

Le Président de la République française,
Sur le rapport du ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,
Vu la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine ;
Vu la loi du 27 février 1880 ;
Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

Article premier. — Les aspirants au titre d'officier de santé en cours d'études à la date du présent décret et qui justifient de l'un des diplômes de bachelier ès lettres, de bachelier de l'enseignement secondaire classique, de bachelier ès sciences complet, de bachelier de l'enseignement secondaire spécial, sont autorisés à convertir leurs inscriptions en inscriptions de doctorat en médecine.

Art. 2. — Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Nous avons donné, dans le dernier numéro, les décrets concernant la réorganisation des études médicales.

Il nous paraît intéressant de publier le rapport présenté sur cette question par M. le Doyen Brouardel au Conseil supérieur de l'Instruction publique.

Nous avions toujours cru que la Faculté de Paris s'était prononcée contre les réformes actuelles. — Nous nous étions trompé. — A l'encontre de ceux qui ne savent reconnaître une erreur, nous le confessons bien facilement.

Nous persistons dans notre avis que les mesures nouvellement adoptées sont regrettables et qu'on aurait pu faire mieux en modifiant, spécialement pour les Etudiants en médecine, la seconde partie du baccalauréat classique. Nous savons cependant, et nous le déclarons non moins facilement, que la question paraît très controversée dans le Corps médical.

En somme, c'est l'avenir qui jugera la réforme. — Nous nous bornons à souhaiter qu'on n'ait pas abouti seulement à faire perdre une année aux futurs étudiants et qu'une réforme nouvelle ne s'impose pas à bref délai.

Rapport de M. le Doyen Brouardel sur la réorganisation des études médicales.

Le projet que la commission chargée d'étudier la réforme des études médicales soumet à l'approbation du conseil a pour origine les observations présentées par les facultés de médecine depuis plus d'un demi-siècle.

Le développement pris dans ces dernières années par les sciences, la nécessité d'initier d'une façon pratique les étudiants aux travaux de laboratoire, enfin la promulgation de la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine, ont rendu urgente la solution de problèmes soulevés depuis de si longues années.

Ces diverses questions ont été, en ces derniers temps, soumises à des enquêtes successives, dans lesquelles se trouvent consignées les opinions des facultés de médecine. Le projet ne fait que les résumer et les coordonner.

Malgré cette longue élaboration, le projet n'a pas été sans provoquer quelque émotion au dehors, surtout dans certaines écoles secondaires de médecine et de pharmacie.

Votre commission pense qu'il a été insuffisamment connu ou mal compris, et que, par suite, quelques explications sont nécessaires pour montrer qu'il ne contient aucune disposition sur laquelle les opinions médicales, appelées à se prononcer de la façon la plus précise, n'aient été à peu près unanimes, qu'il répond aux nécessités de l'enseignement, enfin qu'il ne supprime ni ne diminue aucun des privilèges dont jouissent actuellement les facultés et les écoles secondaires.

I. *Historique et état actuel.* — De tout temps les professeurs des facultés de médecine, notamment les professeurs de physique, de chimie, d'histoire naturelle, se sont plaints que les étudiants en médecine abordaient les études médicales avec une préparation scientifique insuffisante : que, par suite, ces professeurs étaient obligés d'enseigner les éléments des sciences à des élèves qui auraient dû les posséder avant de s'inscrire dans les facultés.

Ils ont fait remarquer à juste titre que les chaires de chimie, physique et histoire naturelle ont été créées par les facultés de médecine dans le but non pas d'enseigner les sciences générales, mais d'en faire connaître les applications médicales à la physiologie, à la pathologie, à la thérapeutique, à l'hygiène, à la médecine légale, à la clinique. Les professeurs chargés de cet enseignement, placés en présence d'élèves n'ayant que des notions tout à fait insuffisantes sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle générales, se sont trouvés dans la nécessité de les compléter et de consacrer la plus grande partie de leur temps, soit dans l'amphithéâtre, soit dans les travaux pratiques, à exposer les questions non médicales avec lesquelles les étudiants auraient dû être familiarisés avant d'entrer dans les facultés. D'autre part, ils ne pouvaient donner à la partie essentielle de leur enseignement, celle qui est leur raison d'être à la faculté, je veux

dire aux applications des sciences à la médecine, que des développements très restreints. Ils n'auraient pas été compris par des élèves qui n'avaient pas encore abordé l'étude de l'anatomie, de la physiologie et de la médecine.

Les élèves eux-mêmes, convaincus que la possession du grade de bachelier ès sciences restreint suffisait à prouver qu'ils connaissaient cessciences, n'apportaient à leurs études, dans cette première année, qu'une ardeur très mal soutenue. Pour eux, la date réelle de leur entrée à la faculté de médecine était celle qui leur ouvrait les portes des pavillons de dissection, c'est-à-dire la deuxième année.

Les plaintes étaient unanimes et les résultats du premier examen de doctorat, subi à la fin de la première année, montrent que, malgré le zèle des professeurs, plus du tiers des étudiants en médecine, et quelquefois la moitié, échouait à cette épreuve deux ou trois fois, et qu'un grand nombre d'entre eux, découragés, renonçaient définitivement aux études médicales.

Dans le programme actuel des études, lorsque l'étudiant a accompli cette première année de scolarité, il ne trouve plus, pendant toute la durée de ses études médicales, un cours ou une conférence destinés à lui montrer les applications des sciences physiques, chimiques ou naturelles à la médecine. Il en résulte que par suite de l'insuffisance de leur préparation avant d'entrer à la faculté de médecine, les étudiants reçoivent incomplètement l'enseignement de la physique, de la chimie et de l'histoire naturelle générales et plus incomplètement encore celui de leurs applications à la médecine.

Ce vice du programme des études médicales a été signalé de tous temps. Je n'en citerai qu'une preuve. Dans la haute commission des études médicales, réunie en 1845 sous la présidence du ministre de l'instruction publique, M. de Salvandy, Orfila disait, dans la séance du 23 décembre : « A l'époque où fut faite la loi du 19 ventôse an XI, on ne s'occupait pas des sciences dites accessoires, qui sont devenues d'une si grande importance aujourd'hui et qui exigent au moins une année d'études », et, appuyé par Dumas, il demandait que la scolarité des études médicales fût portée à cinq ans. De son côté, le doyen de la faculté de Strasbourg, Coze, demandait que le baccalauréat ès sciences (alors il n'était pas restreint) fût acquis avant d'entrer à la faculté de médecine comme sous le régime de 1827 à 1831. On croirait, en lisant ces procès-verbaux, assister aux discussions de l'époque présente.

L'unanimité des réclamations présentées depuis lors par les diverses facultés a suscité diverses enquêtes ; je m'en tiendrai à celles que l'administration a provoquées en 1890 et 1892.

En 1890, la question était ainsi posée par une circulaire ministérielle : « Création d'une série de la seconde partie du baccalauréat propre aux futurs étudiants en médecine et comprenant la physique, la chimie et l'histoire naturelle avec des épreuves pratiques. Organisation dans les facultés des sciences d'une année d'études correspondant à ces matières. Distribution des matières de l'enseignement médical en quatre années. »

En 1892, la circulaire ministérielle du 9 mai posait la question un peu différemment :

« 1. Organisation dans les facultés des sciences, après des études secondaires complètes, y compris la classe de philosophie, d'une année d'études théoriques et pratiques, comprenant la physique, la chimie et l'histoire naturelle, à la place du baccalauréat ès sciences restreint et de la première année du programme actuel des facultés de médecine.

« 2. Organisation de quatre années d'études médicales, y compris les applications des sciences physiques et naturelles à la médecine ; remaniement des examens de manière à en faire rentrer une partie dans la durée de la scolarité. »

Il y a lieu de remarquer qu'en ce qui concerne l'organisation des études médicales et la préparation scientifique nécessaire à ces études, les questions posées aux facultés en 1890 et 1892 sont identiques ; la différence ne porte que sur les études secondaires préalables. En 1890, on demandait si elles ne pouvaient pas s'arrêter à la rhétorique. En 1892, on admet qu'elles comprendront nécessairement une année de philosophie.

Ce changement s'explique par deux raisons. D'abord, dans la section permanente, on a élaboré de nombreux projets dans le but de faire tenir dans une seule année la classe de philosophie et l'année de préparation des sciences physiques et naturelles ; on n'a pu aboutir à un plan véritablement satisfaisant et on a dû y renoncer. Puis les facultés de médecine, qui avaient soulevé la question de la suppression ou de la transformation de la classe de philosophie, se sont ensuite prononcées à une grande majorité contre toute modification de cette classe.

Analysons maintenant les réponses que les diverses facultés ont faites aux questions posées en 1890 et 1892.

1. La faculté de médecine de Paris. — (1890). Les aspirants à la faculté de médecine feront une année d'études scientifiques préparatoires à la médecine. Voté à l'unanimité.

2. Cette année d'études préparatoires sera organisée dans les facultés des sciences. Adopté par 17 voix contre 6.

En 1892, la réponse est encore affirmative sur le mode d'organisation des études scientifiques préparatoires. Seulement l'assemblée demande qu'un examen soit institué pour l'entrée dans la faculté, et, dans le cas contraire, elle demande que l'enseignement préparatoire soit rattaché aux facultés et écoles secondaires de médecine, tout en étant distinct et séparé de la scolarité médicale.

Disons de suite que cet examen d'entrée subi à la faculté de médecine par des élèves qui ne seraient pas étudiants en médecine a dû être écarté comme contraire aux principes mêmes des statuts universitaires.

Faculté de médecine de Bordeaux. — (1890) Elle répond affirmativement aux questions posées par la circulaire. Elle demande la suppression du baccalauréat restreint, la création d'une année préparatoire dans les facultés des sciences. En 1892, elle répond affirmativement sur l'organisation des études, demande une année d'études préparatoires et quatre années de scolarité médicale.

Faculté de médecine de Lille. — En 1890, elle répond affirmativement sur tous les points.

En 1892, elle se réfère à ses réponses de 1890.

Faculté de médecine de Lyon. — En 1890, elle répond affirmativement sur l'organisation des études. Elle préférerait que l'année préparatoire fût organisée dans les lycées plutôt que dans les facultés des sciences.

En 1892, elle maintient l'ensemble de ses réponses, mais cette fois elle demande que l'année d'études préparatoires se fasse dans les facultés des sciences et non plus dans les lycées.

Faculté de médecine de Montpellier. — En 1890, les réponses sont affirmatives sur l'organisation des études. « La faculté admet aussi que les facultés des sciences soient chargées de l'enseignement de la physique, de la chimie, de l'histoire naturelle. Elle demande que cet enseignement soit fortement organisé, de manière que les élèves arrivent suffisamment préparés pour aborder immédiatement l'étude des sciences médicales proprement dites. »

En 1892, la commission propose à la faculté de revenir sur cette décision. L'assemblée semble avoir été assez divisée, car elle a voté deux projets parallèles : dans l'un, l'année préparatoire reste à la faculté de médecine ; dans l'autre, elle doit se faire en dehors de celle-ci. Mais le projet qui m'a été transmis se termine ainsi : Délibéré et adopté, le 7 juin 1892, avec préférence pour le projet B, celui qui demande que l'année préparatoire soit en dehors de la faculté de médecine.

Faculté de Nancy. — En 1890, toutes les propositions de la circulaire ministérielle sont adoptées à l'unanimité ; en 1892, Nancy maintient son adhésion.

Faculté de Toulouse. — En 1890, la faculté de Toulouse n'existait pas encore ; en 1892, elle est favorable au projet mis à l'enquête.

Malgré leur longueur, votre rapporteur a tenu à vous exposer complètement les résultats de cette laborieuse enquête. Le conseil sera ainsi convaincu que, pour résoudre une question posée presque dans les mêmes termes depuis 1845, on a demandé toutes les opinions, et que celles-ci n'ont été émises qu'après des délibérations aussi mûries qu'elles ont été libres.

Ainsi, à l'unanimité, les facultés demandent l'organisation d'une année de sciences physiques et naturelles préparatoire aux études médicales, et à la très grande majorité elles désirent qu'elle soit organisée dans les facultés des sciences.

Après discussion, votre commission a pensé que l'une des causes principales de l'échec des tentatives antérieures, c'est que, par des considérations diverses, on avait confondu dans un même enseignement ce qui était d'ordre médical ; que cette confusion avait empêché de tirer de ces études le profit que l'on était en droit d'en attendre pour les sciences médicales. Par suite, elle pense qu'il y a lieu de séparer définitivement ces deux parties : de ne laisser entrer dans les facultés de médecine que des élèves déjà suffisamment instruits dans les sciences physiques et naturelles ; d'organiser, dans les facultés de médecine, l'enseignement de ces sciences dans un but exclusivement médical, convaincue que, maintenu dans les facultés de médecine et les écoles, l'enseignement préparatoire ressemblerait trop à celui qui jusqu'à ce jour n'a donné que des résultats insuffisants.

II. *Durée de la scolarité. Durée des études.* — Les facultés de médecine, en demandant une année préparatoire aux études médicales, n'ignorent pas qu'au point de vue de la scolarité, elles paraissent augmenter d'une année la durée des études lorsqu'elle existe dans le régime actuel et elles font remarquer :

1° Que si la durée de la scolarité sera prolongée d'une année, il n'en est pas de même de la durée réelle des études médicales.

Voici, en effet, ce que nous apprend le dépouillement des dossiers des 663 docteurs reçus à Paris en 1888 et 1889.

Durée des études médicales des docteurs français reçus en 1887-1888 et 1888-1889 à la faculté de Paris :

De 4 à 5 ans	61
De 5 à 6 ans	113
De 6 à 7 ans	142
De 7 à 8 ans	91
De 8 à 9 ans	61
De 9 à 10 ans	46
De 10 à 11 ans	51
Plus de 11 ans	98
Total	663

Il résulte de ce relevé que, sur ces 663 docteurs, plus de la moitié ont mis plus de sept ans à faire leurs études : les uns, parce que, laborieux entre tous, ils ont préparé les concours de l'internat et ont ainsi volontairement et très utilement prolongé leurs études ; les autres parce que, sans préparer les concours, ils ont utilisé les laboratoires mis à leur disposition, fréquenté les cliniques spéciales ; d'autres enfin, parce que leur scolarité a été interrompue par la maladie, par des échecs, etc. — Pour les meilleurs élèves, la durée des études varie de six à huit ans, et souvent même, pour les internes, elle atteint dix années.

On a bien souvent modifié le régime des études médicales, leur durée a peu varié. En 1845, Orfila donnait des chiffres analogues à la commission des études médicales ; les relevés que j'ai faits pour les années 1855, 1865, 1875, sont presque identiques.

2° Les facultés ont fait remarquer que cette augmentation de la durée de la scolarité n'est qu'apparente. Dans le régime actuel, après le baccalauréat ès lettres classique, les aspirants au doctorat doivent prendre le baccalauréat ès sciences restreint pour la partie mathématique.

La moitié des jeunes gens conquiert ce diplôme dans la même session que le baccalauréat ès lettres. L'autre moitié ne l'obtient qu'au bout de six mois, d'un an, parfois même de deux ans. Pour cette seconde moitié, l'année passée à faire les études préparatoires n'augmente en rien la durée des études. D'autre part, le projet abrège notablement la durée totale des études médicales. Dans le régime actuel, le troisième examen de doctorat (pathologie interne et externe) ne peut être subi que lorsque la scolarité est terminée, c'est-à-dire trois mois après la prise de la scizième inscription ; d'après le projet, l'élève pourra passer ce même examen après la treizième inscription, c'est-à-dire neuf mois plus tôt que dans l'ancien régime.

En résumant cette discussion, on peut dire que, pour la moitié des élèves, ceux qui obtenaient dans la même session le baccalauréat ès lettres et le baccalauréat ès sciences restreint, la durée de la scolarité sera augmentée de trois mois ; que pour l'autre moitié, ceux qui n'obtenaient le baccalauréat ès sciences qu'au bout de six mois ou un an, elle sera diminuée de neuf mois.

III. *Répartition des études et des examens.* — L'étudiant, en entrant à la faculté de médecine, abordera immédiatement les études anatomiques et les études cliniques. Pour pouvoir subir un examen de pathologie chirurgicale et médicale dès la treizième inscription, il faut que, pendant les trois premières années, il soit astreint à un stage hospitalier.

Pendant les deux premières années, il disséquera au cours du semestre d'hiver ; pendant le semestre d'été, il fréquentera les laboratoires d'histologie, de physiologie, de physique, de chimie, d'histoire naturelle médicales. Quant à ces dernières sciences, elles seront réparties de telle façon qu'elles suivront l'étudiant pendant toute la durée de ses études, en adaptant le moment de la démonstration propre à ces diverses sciences aux diverses périodes de l'éducation de l'étudiant. Ainsi l'optique et l'acoustique seront rapprochées de la physiologie, et l'élève sera interrogé sur ces matières au deuxième examen ; l'électricité médicale, si mal connue des médecins, précisément parce qu'elle n'est pas apprise aux élèves au moment où ils peuvent en étudier les applications aux affections nerveuses, fera partie du quatrième examen (thérapeutique). La chimie des humeurs, de la nutrition, fait médicalement partie du programme de la physiologie ; leurs altérations, de celui de la pathologie générale ou spéciale ; elles seront enseignées pendant la durée des études de troisième année. Les applications de la chimie à la thérapeutique, à la matière médicale, à l'hygiène, à la médecine légale se retrouveront au quatrième examen. La zoologie, la botanique, surtout par le rôle que jouent actuellement en pathologie et en hygiène les parasites animaux et végétaux, seront étudiées pour le troisième et le quatrième examen.

Les laboratoires pratiques affectés actuellement à ces chaires serviront aux élèves, de manière à les familiariser avec les objets immédiats de leurs études.

Si quelques personnes ont pu craindre que l'enseignement des sciences ne fût abandonné, elles ont mal compris le projet. Ce n'est pas alors que les savants français ont fait faire, par les découvertes chimiques et bactériologiques, un si grand progrès aux sciences médicales, qu'il serait venu à la pensée de l'un de nous de diminuer leur place dans les études médicales. Mais nous avons pensé que parler des applications médicales des sciences à ceux qui ignorent les éléments de la médecine

était une erreur de méthode ; que leur parler de ces applications au moment même où ils étudient la physiologie, la pathologie, la thérapeutique, était fécond pour l'enseignement, et j'ajouterai indispensable. On diagnostique les maladies aujourd'hui bien souvent par les recherches de laboratoire, soit par les procédés chimiques, soit par les examens bactériologiques. C'est ainsi maintenant que l'on décèle et que l'on confirme le diagnostic de la phtisie, que l'on détermine la nature d'une épidémie qui vient d'éclater.

L'étude des applications des sciences physiques, chimiques et naturelles suivra donc l'étudiant pendant tout le cours de sa carrière. En procédant ainsi, nous avons l'intime conviction que nous restituons aux études scientifiques leur véritable rôle dans l'éducation médicale.

IV. *Écoles de médecine de plein exercice et écoles préparatoires réorganisées.* — La loi du 30 novembre 1892 dit dans son article Ier : « Les inscriptions précédant les deux premiers examens probatoires pourront être prises, et les deux premiers examens subis dans une école préparatoire réorganisée. »

Le projet qui vous est soumis aurait pu s'en tenir à la lettre de ces dispositions. Mais l'administration, la section permanente et votre commission ont pensé qu'il y avait mieux à faire qu'à se tenir ainsi dans les termes stricts du texte législatif ; elles ont pensé qu'il y avait lieu de demander aux écoles préparatoires des services plus grands ; elles estiment que leur passé permet d'espérer qu'elles sont appelées à aider plus efficacement les facultés de médecine dans l'organisation générale de l'enseignement médical.

Si l'on avait conservé l'ancien plan d'études, en transportant la préparation des sciences physiques et naturelles en dehors des facultés et écoles de médecine, les écoles secondaires conservaient leurs élèves deux ans, et les écoles de plein exercice trois ans.

En même temps disparaissaient les chaires d'enseignements médicaux qui n'avaient plus d'objet dans ces écoles après la suppression de l'officier de santé.

Nous avons pensé qu'il y avait lieu de laisser les étudiants en médecine trois ans sous la direction des professeurs des écoles secondaires réorganisées, et quatre ans dans les écoles de plein exercice.

Si on veut bien tenir compte du rôle dévolu aux professeurs des sciences physiques et naturelles dans l'enseignement de la physiologie et de la pathologie, on verra que ces écoles conservent tout leur personnel et leurs élèves pendant le même laps de temps, et que leurs laboratoires seront utilisés au plus grand profit de leurs élèves. Elles ne perdent rien ; elles gagnent l'enseignement de la pathologie et de la médecine opératoire pour le doctorat que ne possédaient pas les écoles secondaires.

Pour assurer l'influence de leurs professeurs, les examens, qui étaient passés devant un jury de professeurs délégués par les facultés, seront subis dorénavant devant un jury composé d'un professeur de faculté, président, et de deux professeurs de l'école elle-même.

Nous pensons que, dans ces conditions, les écoles de plein exercice et les écoles secondaires réorganisées attireront près d'elles plus d'étudiants encore que par le passé.

Quelques-unes de ces écoles ont témoigné une vive émotion en apprenant que la première année des études médicales serait placée en dehors des facultés et écoles. Elles ont craint que ce transfert ne nuisît à leur recrutement : les unes parce qu'il n'y avait pas dans la ville même une faculté des sciences ; les autres, au contraire, parce que « elles avaient le périlleux honneur d'en posséder une ».

L'administration a pensé que les villes dans lesquelles il n'y avait pas, en même temps que l'école secondaire, une faculté des sciences, pouvaient redouter à juste titre que les étudiants, obligés de passer une année dans une ville rivale, ne fussent amenés à les déserter. Elle a donc proposé, et votre commission a accepté, que dans les villes où il existe une école de plein exercice ou une école secondaire réorganisée, mais où il n'y a pas de faculté des sciences, serait organisé l'enseignement scientifique préparatoire aux sciences médicales.

En un mot, les écoles secondaires ont pendant trois ans, les écoles de plein exercice pendant quatre ans, tous les privilèges des facultés de médecine. Nous estimons que cette situation est supérieure à celle qu'elles possédaient, qu'elle est légitime, et nous sommes persuadés que si les écoles veulent sincèrement prendre part au mouvement scientifique, elles acquerront, comme quelques-unes ont déjà su le faire sous un régime moins favorable, une situation très élevée dans l'éducation de la jeunesse médicale.

Nous pensons avoir démontré que la réforme, déjà demandée en 1845 par Orfila, peut être et doit être effectuée en ce moment : les opinions exprimées par les diverses facultés de médecine dans deux enquêtes successives lui sont favorables. Le projet n'augmente pas en réalité la durée de la scolarité. L'étude générale des sciences physiques, chimiques et naturelles précède l'entrée de l'étudiant dans la carrière ; les professeurs de ces sciences dans les facultés de médecine pourront réellement montrer quelles sont leurs applications à la médecine, en distribuant leur enseignement pendant toute la durée des études médicales ; les écoles de plein exercice et les écoles secondaires réorganisées assureront pendant trois et quatre ans cet enseignement dans les mêmes conditions que les facultés elles-mêmes.

Nous savons que quelques-uns de nos collègues, professeurs de sciences dans les facultés de médecine, sont émus de cette réforme ; ils avaient un plein succès dans leur enseignement. Mais je suis persuadé que le plaisir de développer oralement, devant un auditoire nombreux, mais insuffisamment préparé, les éléments de la science ne les illusionne pas au point de leur faire méconnaître ce que la science médicale est en droit d'attendre d'eux.

Au lieu d'un succès apparent, très flatteur, ils auront la satisfaction plus haute de contribuer vraiment au bien des études et au progrès de la science, d'exercer une influence efficace et féconde en enseignant aux étudiants en médecine ce qui fait partie essentielle de leur éducation médicale, au moment précis où ils peuvent vraiment recevoir cet enseignement. Nous pouvons compter sur leur concours, car ils sont convaincus, comme nous, que l'avenir appartient aux élèves qui connaîtront le mieux, en sortant des facultés de médecine, les méthodes des sciences physiques et naturelles.

En tout cas, alors même que la réforme troublerait les habitudes de quelques-uns de nos collègues, nous croyons avoir établi que l'intérêt de l'élève est de trouver toujours à côté de ceux qui lui enseignent à observer, à analyser les maladies, le maître qui lui apprendra les ressources de la méthode expérimentale, contrôle indispensable de nos procédés cliniques.

Tel est, en résumé, l'ensemble des vues qui ont guidé tous ceux qui, depuis un certain nombre d'années, ont étudié ces projets de réforme.

S'ils ont varié dans l'appréciation de quelques détails, ils n'ont pas varié sur le but à atteindre : associer les sciences expérimentales aux études médicales proprement dites, de façon à maintenir notre enseignement médical au rang qu'il ne doit pas perdre.

BULLETIN DES SYNDICATS

Le Bureau de l'Union est convoqué pour le 11 septembre prochain, à 9 heures du matin, dans les Bureaux du Concours médical.

Ordre du jour :

1° Loi en préparation sur l'exercice de la pharmacie.

2° Admission des malades aisés dans les hôpitaux.

3° Rapports des médecins avec les Sociétés de secours mutuels.

4° Service militaire des étudiants en médecine.

5° Correspondance.

Le Président, Dr Porson. — *Le Secrétaire général*, Dr P. Hervouet.

REPORTAGE MÉDICAL

Notre confrère *Chauvenet*, de Plombières-les-Dijon, nous fait observer, avec juste raison, que les officiers de santé, aspirant au doctorat, devront subir les 3e et 5e examens, conformément aux règlements en vigueur (donc les *anciens examens* et non les nouveaux, puisqu'à l'article 13 de la réorganisation des études médicales on dit : *Les présentes dispositions seront mises à exécution à dater du* 1er *novembre* 1895 *seulement*).

Les aspirants au doctorat subiront leurs examens conformément au décret du 20 juin 1878.

XIe Congrès International de Médecine, Rome.

Monsieur et très honoré Collègue,

Les conditions sanitaires qui occupent aujourd'hui l'attention de laplupart des nations d'Europe, n'ont pas manqué à exercer logiquement leur influence sur l'action du Comité d'organisation du Congrès.

Le Comité ne pouvant pas perdre de vue le caractère absolument international du Congrès, ne pouvait donc pas négliger le fait que dès à présent, dans plusieurs nations d'Europe, tous les médecins, qui sont revêtus d'une position officielle, seront obligés à ne pas quitter leurs résidences, et que malheureusement existe la possibilité, que cela advienne aussi dans les autres pays.

Vis-à-vis de tel fait et de telle prévision, vis-à-vis les conseils spontanés et réitérés reçus de beaucoup d'autorités de la science à l'étranger, le Comité manquerait son but, si le renvoi n'était pas décidé.

Le Congrès a donc été renvoyé au mois d'Avril 1894 ; le Comité, en choisissant cette époque, a été guidé par un devoir de courtoisie envers les Collègues étrangers, par les sentiments de solidarité, qu'il aurait certainement invoqués, s'il se fût trouvé, à son tour, en de pareilles conditions.

Je suis chargé par le Comité de vous faire connaître cette nouvelle, pour que vous ayez l'affirmation officielle de la notice, dont je vous ai fait part par le télégraphe et qui a été publiée par la presse.

D'ici peu je me ferai un devoir de vous annoncer la date exacte qui sera fixée pour la réunion.

J'aime à espérer que vous approuverez cette délibération rendue nécessaire par des événements tout à fait indépendants du Comité même, et que vous voudrez bien continuer à employer votre zèle et votre activité à la réussite du Congrès.

Veuillez agréer, etc.,

Le secrétaire général,
E. Maragliano.

— *Un médecin adversaire de la vaccination.* — Un procès vient d'être fait à un médecin de Dresde, le Dr J. Cœhn, dans les conditions suivantes. Ce médecin, adversaire irréconciliable de la vaccination, avait eu à vacciner quatorze enfants. Il s'acquitta mal de sa mission, et malgré l'absence de résultats, il certifia que les enfants avaient été vaccinés avec succès. En Allemagne, on ne plaisante pas à ce sujet-là ; et on a parfaitement raison. Le médecin, poursuivi, a été condamné à deux mois de prison.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3819. — M. le Dr Rolland, de Divonne-les-Bains (Ain), membre de l'Association des médecins de l'Ain.

N° 3820. — M. le Dr Bassin, d'Ennezat (P.-d.-D.), présenté par M. le Dr Faure, de Riom.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le Dr Benoit, de Neuville (Vienne), membre du Concours médical.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
Place de l'École de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

Vient de paraître.

Guide pratique pour la préparation et l'injection des liquides organiques (Méthode de Brown-Séquard) ; par le Dr H. Melville, 4, rue Antoine-Dubois). Cartonné **cinq** francs. Net **4** fr. franco pour MM. les membres du Concours médical.

Pour aussi sceptique que l'on se montre vis-à-vis de la méthode Séquardienne, il n'en est pas moins vrai qu'il faut aujourd'hui compter avec elle. Journellement, les revues médicales donnent l'hospitalité dans leurs colonnes à quelque nouvelle communication sur la matière. En la circonstance, l'étranger a suivi le branle donné en France, et l'on peut dire, sans crainte d'exagération, que rarement méthode thérapeutique a joui d'une vogue aussi considérable que celle de Brown-Séquard. Tout médecin soigneux de sa réputation et de ses intérêts, sinon de ceux de sa clientèle, doit donc, à l'heure actuelle, être au courant des arcanes de cette alchimie spéciale dont la connaissance rend facile la préparation des divers liquides organiques. M. le Dr H. Melville, avec un talent d'exposition remarquable, a su, en des chapitres concis, mettre à la portée de tous les notions indispensables aux médecins qui ne voudront point se voir taxer d'ignorance par un public spécial de malades.

Le livre de M. Melville peut être divisé de la façon suivante :

Dans une première partie, l'auteur expose l'historique de la découverte, les recherches auxquelles elle a donné lieu, le résultat des expériences cliniques, ainsi que le mode d'action du liquide injecté. Une seconde partie est réservée à la technique des injections. Le lecteur y trouve exposées, dans tous leurs détails, la façon de préparer le liquide et de le conserver, la description des divers instruments auxquels on doit avoir recours, ainsi que leur mode d'emploi, en un mot, tout ce qui a trait à la pratique des injections. L'auteur n'a pas craint d'insister sur les manipulations, les doses, la fréquence des injections, la durée du traitement dans les diverses maladies.

L'étude du liquide testiculaire a été suivie de celle des différents liquides organiques dont l'emploi a été préconisé par différents auteurs. Tel est le cas de la transfusion nerveuse, du suc thyroïdien, de l'extrait pancréatique, de la néphrine, etc., etc.

Le livre de M. Melville est fort bien écrit, d'une clarté et d'une précision remarquables, comme il convient pour un ouvrage qui a la prétention justifiée d'être le memento indispensable de tous ceux que leur profession ou leurs recherches peuvent amener à la préparation des liquides organiques.

(*Progrès médical*, du 19 août 1893.)

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année N° 35 2 Septembre 1893

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Les médecins et la Ligue nationale de la Mutualité.

(*Suite et fin*) (1).

Le Ministre de l'Intérieur a rédigé et fourni des statuts modèles aux Sociétés de Secours Mutuels. Il définit les avantages assurés à ces Sociétés selon qu'elles sont *libres*, *approuvées*, ou *d'utilité publique*. Dans ces statuts, il n'est jamais question du service médical et on n'a jamais pensé à se préoccuper des règles souhaitables dans les rapports des mutuellistes avec leurs médecins. La chose en valait pourtant la peine.

Une loi nouvelle est en préparation, depuis le 19 novembre 1881. Elle renferme les améliorations essentielles, qu'il est possible de réaliser en matière de prévoyance et de mutualité. Cette loi, pas plus que celle qui est actuellement en vigueur, ne parle des médecins ; en revanche, elle assure des privilèges aux Sociétés et notamment la *faculté des cotisations variables*, selon les buts qu'elles se proposent d'atteindre. Elle permet aussi l'*union de plusieurs sociétés*, qui peuvent se syndiquer, en vue principalement de la création des retraites, non seulement au moyen de fonds communs, mais par des livrets individuels, ouverts aux noms des sociétaires, qui pourront faire des versements, prélevés sur leurs propres épargnes. Ces syndicats ont aussi en vue l'indemnité de maladie.

Les sociétés ne doivent plus reposer sur la philanthropie ; elles doivent se procurer des ressources exactement en rapport avec leurs engagements. *L'assistance en cas de maladie* devient une *assurance*, suppose une prime et réclame la confection de *tables de morbidité*, que le gouvernement s'engage à élaborer.

(1) Voir n°s 24-26-29-32-33.

Ces tables une fois établies, les Sociétés pourraient renoncer à la vicieuse pratique de l'*abonnement*, qu'elles ne préféraient, disaient-elles, que pour des nécessités de prévisions budgétaires. *Elles pourront bientôt, par le fait de la table, prévoir le nombre de visites, en rapport avec le nombre des participants et y pourvoir avec sécurité.*

Les sociétés ont longtemps vécu d'une façon empirique ; elles ont pu croire qu'elles suffiraient à des charges diverses, avec des cotisations minimes, s'exagérant la portée, bien accessoire des subventions des membres honoraires et de l'Etat, exploitant, à l'envi l'une de l'autre, les rabais sur les honoraires des médecins qui leur ont fourni la plus large partie de leurs 173 millions de capitaux. Si elles étaient obligées de payer le prix normal des visites et des opérations et soins autres que la visite, sans accroître leurs cotisations, les 173 millions seraient disparus avant dix nouvelles années, d'autant plus que le rapporteur de la loi, M. Audiffred, affirme que toutes les sociétés voulaient garantir, à leurs membres, une *assistance plus complète*, en cas de maladie et une indemnité de chômage mieux en rapport avec les besoins du malade et de sa famille.

La liberté accordée par la loi nouvelle, doit permettre aux sociétés de secours de donner libre carrière au sentiment de dignité personnelle, qui les a poussées à la volonté de réaliser, par elles-mêmes, sans trop compter sur les concours étrangers, l'assurance contre la maladie et la vieillesse. Elles voudront bientôt ne plus compter, aussi, sur celui du corps médical et traiter, avec lui, comme un client avec son médecin ordinaire. En tout cas elles ont déjà refusé de laisser rattacher les institutions de prévoyance à la Direction de l'*Assistance publique*. En un mot, c'est à l'effort personnel, à l'élévation de la cotisation, à la spécialisation des coti-

sations qu'elles doivent demander la réalisation des progrès qu'elles poursuivent.

Les sociétés ont atteint, avec des *cotisations moyennes* de 15 fr. pour les sociétés approuvées et de 16 fr. pour les sociétés autorisées, leur but principal, exclusif d'abord, l'assurance contre la maladie. En 1890 les dépenses de ce genre se sont élevées à 20.206.000 fr. Elles ont alors pensé à la vieillesse, mais elles ont cru la conjurer, sans charges nouvelles. L'erreur est absolue et il a été facile de reconnaître qu'on ne pouvait compter sur les subventions. Les Sociétés sont assurées de recevoir, chaque année, treize cent mille francs de l'Etat. Ce qui ne fait pas 1 fr. par mutuelliste. Les membres honoraires, dont le nombre ne tend pas à s'accroître en proportion de celui des mutuellistes, apportent de leur côté deux millions ; soit encore 1 fr. 50 pour les quinze cent mille membres des Sociétés. Le médecin, par réduction sur ses honoraires, apporte plus que les 2 f.50, *part de l'Etat et des membres honoraires réunis*. M. le Sénateur *Lourties*, qui attribue les quinze cent mille francs que les sociétés économisent, chaque année, aux membres honoraires, n'a pas suffisamment réfléchi, lorsqu'il en a rapporté l'honneur exclusif à ces derniers. Il sera plus équitable l'année prochaine, et réparera une fâcheuse lacune, s'il rend, comme nous l'espérons, justice aux bienfaits du corps médical, qu'on passe toujours sous silence, tant ils paraissent naturels.

Conclusions.

Des considérations générales que nous avons présentées et des détails dans lesquels nous sommes entrés, il nous est facile de tirer quelques conclusions pratiques sur lesquelles la discussion pourrait se faire avec fruit entre les médecins et la Ligue nationale de Prévoyance et de Mutualité.

1° Les Sociétés de secours mutuels, tout en acceptant les subventions de l'Etat et celles des personnes disposées à favoriser les institutions de prévoyance, ont la volonté de subvenir, à l'aide de leurs propres ressources, à l'assurance de leurs membres contre le risque de la maladie, contre celui de la vieillesse et celui de la mort prématurée. Elles devront donc se créer des ressources scientifiquement équivalentes aux divers risques qu'elles veulent assurer.

2° Le risque maladie doit comprendre la rétribution des médecins pour leurs visites et les soins autres que la visite ; en outre le prix des médicaments et appareils ; enfin l'indemnité de chômage.

3° Le traitement des médecins doit être établi à la visite ; ce qui est possible si on établit par avance la moyenne des journées de maladie et par conséquent les engagements annuels de la Société.

4° Le prix des visites doit être calculé d'après le taux ordinaire en usage dans la localité. Une indemnité supplémentaire de déplacement doit être allouée pour les visites aux sociétaires habitant à plus d'un kilomètre de la résidence du médecin.

Les soins autres que la visite, sont calculés d'après un tarif spécial.

La participation des médecins à l'établissement de ces divers chiffres est indispensable.

Les médecins accorderont aux Sociétés une réduction de tant pour cent sur leurs prix habituels.

5° Le médecin doit être agréé par le Bureau de la Société, il peut aussi être révoqué par lui.

Il doit assister aux séances du Bureau avec voix consultative et, en cette qualité, participer à l'inscription des nouveaux membres et à la revision annuelle de la liste.

6° La liste ne doit comprendre, comme membres participants, que des ouvriers ou employés vivant de leurs salaires.

Les participants devenus patrons ou employés pourvus d'un traitement supérieur à 2.400 francs, peuvent continuer à rester participants, mais en payant une cotisation double, triple, etc., selon leur situation.

7° En cas de constitution d'une nouvelle Société de secours mutuels, ou en cas de cessation d'un traité en cours avec le médecin, le Bureau de la Société devra se mettre en rapports avec le Bureau du Syndicat médical de la région, pour la nomination du ou des médecins futurs de la Société.

En cas de difficultés survenant entre le service médical et la Société, le Bureau de celle-ci en référera au Bureau du Syndicat médical et au Bureau d'une Société de secours voisine, qui deviendront les arbitres du conflit.

8° Les sociétaires ont le libre choix entre les médecins agréés, dans une même ville ou dans une même région.

Chaque année, à une époque fixe, les sociétaires font connaître le médecin, dont ils ont fait choix, parmi les médecins agréés par le Bureau.

9° N'ont droit aux soins des médecins que les membres participants. Les femmes et les enfants ne sont admis que s'ils paient eux-mêmes une cotisation spéciale.

Les listes d'inscription doivent toujours être nominatives.

10° Le médecin n'est pas tenu, sur ses certificats, à indiquer la nature ni l'origine de la maladie ; il se borne à indiquer le caractère aigu ou chronique de l'affection.

Pour les accidents, il n'est pas tenu d'indiquer la cause.

11° Le médecin, protecteur naturel de la Société dont il est membre et bienfaiteur, rédige, de concert avec le Bureau, la liste des médicaments, objets de pansements et appareils qu'il peut ordonner. Il ne peut déroger à cette liste, dans ses prescriptions, que du consentement des membres du Bureau préalablement consultés.

12° Toutes les clauses du contrat intervenu entre le Bureau et les médecins agréés sont signées par les deux parties.

13° A fin d'exercice, les mémoires des médecins sont réglés d'après le tarif consenti et après prélèvement du tant pour cent, dont ils ont déclaré faire l'abandon au profit de la Société.

Dans chaque inventaire publié en Assemblée générale, le Trésorier énonce :

1° Les sommes dues aux médecins ;

2° Les sommes dont les médecins ont fait abandon à la Société, ainsi qu'il est dit plus haut.

Telles sont les bases essentielles du contrat modèle, que nous discuterons avec les membres de la Ligue nationale de la Prévoyance et de la Mutualité.

Elles sont susceptibles de modifications ; mais si elles étaient acceptées dans leur esprit, la question de nos rapports avec les Sociétés de secours aurait fait un grand pas et le corps médical pourrait patiemment attendre l'époque où, leur prospérité s'affirmant grâce à nos bons offices, ces Sociétés pourraient se passer tout à fait de sa générosité et ne rien devoir qu'à elles-mêmes.

Le Conseil de Direction de la Société du Concours médical et le Bureau de l'Union examineront les considérations que nous avons présentées, dans cette série d'articles, sur la question, ainsi que les conclusions que nous venons de formuler, pour les soumettre, s'ils le jugent à propos, à la Ligue nationale de la Prévoyance et de la Mutualité.

A. Cézilly.

Quelques-uns des articles publiés par le « Concours médical » sur les Sociétés de Secours mutuels.

Depuis 1879 la question des Sociétés de secours mutuels dans leurs rapports avec le corps médical a été envisagée sous toutes ses faces. Nombre de nos confrères, venus plus ou moins tard à notre société, peuvent l'ignorer ; si, depuis quelque temps, nous avions laissé de côté ce sujet d'études, la raison en est qu'il nous paraissait épuisé. Mais les sociétés de secours, surtout avec la loi en préparation, se modifieront. Il fallait aussi avoir, en face de nous, des personnes compétentes avec lesquels il nous fût possible de discuter utilement. Nous espérons que nous les avons rencontrées dans *la ligue de la mutualité*. A l'intention de ceux de nos lecteurs qui voudraient revoir le sujet, nous indiquons les dates et les auteurs des articles publiés dans le *Concours médical*.

1880, pages : 140, Dr Béraud. — 463, Dr Sudour, Dr Bellot. — 474, 485, 497. Etudes sur les sociétés de Secours, Dr Combes. — 547, Dr Chapuis. — 582, Dr I. — *Année* 1881, pages : 190, Dr Perrissaud. — 173, 246, 295, 345, Lettres du Dr Beraud. — *Année* 1882, pages : 78, 154, Dr Adam. — 275, Dr Warth. — Dr Beraud, 325. — *Année* 1883, pages : 103. *Le Scalpel*. — 139, Dr X. — 187, Dr Dupeux. Dr X. Dr Ancelet. — 881, Médecins de Rodez. — *Année* 1884 : 19, Dr Cassas. Congrès de la mutualité. — 91, id. — 151, id. — 172, id. — 225, Dr Béraud. — *Année* 1885 : 145, Dr Dulaurier. — *Année* 1886 : 214, Dr X. — 540, Syndicat du Bas-Anjou. — *Année* 1887, pages : 506, Dr Cézilly. — 557, Dr Béranger. — 624, 636. Dr Cézilly. — *Année* 1888 : 13, Dr Cézilly. — *Année* 1891 : 344, Circulaire ministérielle. — 368, Dr Gourgey.

LA SEMAINE MÉDICALE

Diagnostic de la tuberculose au début.

Lors du dernier Congrès de la tuberculose, M. *Aubeau* a fait une importante communication sur la possibilité de diagnostiquer sûrement et prématurément la tuberculose chez l'homme comme chez les animaux. C'est l'examen direct du sang et du sperme, qui permet de réaliser ce diagnostic capital.

Après avoir étudié différentes maladies microbiennes à ce point de vue, M. Aubeau en est arrivé à conclure que par l'examen bactériologique du sang, du sperme et d'autres liquides de l'économie, on peut faire le diagnostic de certaines infections.

En ce qui concerne la tuberculose, on trouve les micro-organismes : 1° dans la tuberculose cliniquement confirmée ; 2° dans la tuberculose cliniquement guérie ; 3° dans la tuberculose latente, c'est-à-dire chez des sujets que rien, cliniquement, n'autorise à supposer tuberculeux.

Cet examen permet donc de faire le diagnostic précoce de la tuberculose. Il facilite aussi singulièrement le diagnostic différentiel dans les cas douteux.

Il existe des différences capitales entre le sang et le sperme au point de vue de la présence du micro organisme.

Les microbes passent dans le sang, tandis qu'ils vivent dans le sperme.

M. Aubeau attache à la présence des microbes dans le sperme une haute signification. Il considère que sa découverte jette un jour tout nouveau sur le mystère de l'hérédité microbienne. Elle prouve la transmission du microbe du père à l'enfant.

« Tout sujet infecté inocule l'ovule en même temps qu'il le féconde. »

Technique du traitement de la syphilis par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium.

M. le Dr *Brocq* insiste souvent sur la manière dont il convient de faire les frictions mercurielles ; voici sa méthode.

Le premier soir, le malade savonne la jambe gauche avec de l'eau chaude, l'essuie, prend trois ou quatre grammes de pommade mercurielle et fait une friction d'un quart d'heure ; la jambe est ensuite enveloppée de flanelle qui reste en place toute la nuit. Le lendemain matin, le membre est savonné soigneusement.

Le second soir, la même opération est faite sur la cuisse gauche, la troisième sur la cuisse droite, le quatrième sur la jambe droite, et les soirs suivants on recommence dans le même ordre. Aussitôt que la peau présente un point rouge, il faut cesser et faire les frictions sur le thorax ou sur les bras.

Il est préférable, lorsque cela est possible, que ce soit le malade lui-même qui fasse ses frictions ; il vaut mieux également qu'il soit penché en avant et ait la tête au-dessus du point frictionné, car il est bien démontré que l'absorption pulmonaire des vapeurs de mercure a, dans ce procédé, une grande importance.

Les frictions sont faites de cette manière pendant huit jours de suite. Le malade se repose ensuite six jours, puis reprend le traitement pendant huit jours. Pendant tout ce temps, il doit prendre de l'iodure, ce qui fait une période de traitement de 22 jours. Presque toujours, si le traitememt est fait avec soin, on constate une grande amélioration.

M. Brocq ne prescrit jamais le sirop de Gibert, qui a l'inconvénient d'être une préparation fixe et qui ne se modifie pas suivant les circonstances. Il est préférable de donner séparément le mercure et l'iodure, qu'on peut prescrire d'après la formule suivante, en variant les doses suivant les cas :

Liqueur de Van Swieten..... 300 grammes
Elixir parégorique........... 2 grammes

Une cuillerée à soupe le matin dans du lait.

Iodure de potassium........ 40 grammes.
Eau distillée................ 160 —

que l'on donne par cuillerées à café au moment des repas (chaque cuillerée contenant un gramme d'iodure).

Certains malades ne supportent bien l'iodure qu'associé à l'arsenic. On peut alors prescrire :

Iodure de potassium.........	20 grammes.
Arséniate de soude............	0,02 centigr.
Teinture de belladone........	30 gouttes.
Eau distillée....................	80 grammes.

chaque cuillerée à café contient 1 gr. d'iodure.

Traitement du rhumatisme blennorrhagique par l'arthrotomie.

M. le Dr *Christen* vient de montrer, dans sa thèse, en citant un certain nombre d'observations inédites, qu'il a rapprochées de cas d'arthrotomie déjà publiés, que l'ouverture de l'articulation était la méthode de choix pour faire cesser les douleurs de l'arthrite d'une part, ainsi que pour éviter l'ankylose d'autre part ; aussi conclut-il que quand on aura à traiter une arthrite aiguë reconnue d'origine blennorrhagique, il faudra tout d'abord avoir recours aux analgésiques, mais quand on sera bien sûr qu'on n'a pas affaire à la forme arthralgique, quand on se trouvera en présence d'une articulation rouge, gonflée, douloureuse, il faudra sans hésitation intervenir dès la fin du premier septénaire ou dans les premiers jours du second. Quand la phlegmasie aura frappé successivement un grand nombre d'articulations pour venir définitivement se localiser sur une jointure, on ne devra pas s'attarder sur les moyens médicaux, ni attendre que la température s'élève ou que l'état général s'aggrave, il faudra également opérer le plus tôt possible. Si, au lieu d'une seule jointure, deux ou trois restent gonflées, si, en un mot, au lieu d'une monoarthrite, on se trouve en présence d'une polyarthrite, on ne devra pas davantage hésiter à prendre le bistouri, puisque, d'une part, on n'aura jamais à ouvrir un grand nombre d'articulations, la détermination définitive restant généralement oligo-articulaire, et que, d'autre part, on a pour appuyer cette assertion des observations de chirurgiens ayant ouvert en une seule séance deux ou trois articulations sur le même malade. Dans un cas de ce genre, M. Potherat, après avoir arthrotomisé le même jour, sur le même malade, l'articulation du coude et du poignet, n'a pas eu à se louer de son abstention à l'égard de la tibio-tarsienne qui paraissait en voie d'amélioration, car ce fut la seule jointure, qui conserva de la raideur, quand au bout d'un mois son opéré quitta l'hôpital.

Il est difficile de fixer pour l'opération un moment mathématique, mais M. Christen ne craint pas d'avancer que plus l'arthrotomie sera précoce, et meilleurs en seront les résultats consécutifs.

En agissant ainsi, on fera disparaître rapidement les douleurs atroces qui torturent les malades et leur ôtent tout repos. La fièvre tombera presque aussitôt, l'état général s'améliorera très vite ; le sommeil et l'appétit reparaîtront. Enfin, on évitera presque sûrement l'ankylose, en empêchant les adhérences de se constituer et de s'organiser.

L'importance de la vaccination et de la revaccination.

M. le Dr *Créquy* a fait récemment à l'Académie de Médecine une communication d'où il ressort une fois de plus que l'on devrait rendre la vaccination et la revaccination légalement obligatoires.

Le personnel de la Compagnie des chemins de fer de l'Est comprend environ 30,000 agents. De 1870 à 1888, il avait fourni plus de 300 cas de variole dont 40 mortels, soit 16 varioleux par an, dont deux à trois morts.

On procéda à une revaccination générale; 27,000 à 28,000 agents s'y soumirent volontiers; 2 à 3,000 s'y refusèrent. Il fut décidé, en outre, qu'à l'avenir, aucun candidat ne pourrait être agréé, s'il ne présentait un certificat de revaccination.

Dans les deux ans et demi qui suivirent cette revaccination il y avait eu 10 varioleux, dont 1 mort, qui avait précisément refusé de se faire revacciner. Sur les 9 autres malades, 5 s'étaient montrés récalcitrants ; il ne restait donc, en réalité, que 4 agents ayant contracté des varioles très légères, ne donnant que quarante-neuf jours d'incapacité de travail, c'est-à-dire moins de 2 varioleux et vingt jours par an.

Les 3,000 non revaccinés donnaient, en réalité, douze fois plus de malades (dont 1 mort), et trente-six fois plus de journées d'incapacité de travail. Pour assurer le service de revaccination dans toute l'étendue du réseau, sur les 172 médecins de la Compagnie, 40 habitant les centres les plus importants sont désignés comme médecins revaccinateurs ; ils reçoivent tous les premiers mardis de chaque mois un tube de vaccin recueilli le lundi et expédié dans la soirée. La pulpe de vaccin n'a pas plus de vingt-quatre heures d'existence au moment où elle est employée. Voici près de cinq ans que ce service fonctionne régulièrement.

Les dernières investigations auxquelles s'est livré M. Créquy lui ont montré que sur 3,000 agents, 9 ont été atteints de variole ou de varioloïde, toutes terminées par la guérison. Sur ces 9 varioleux, 6 s'étaient refusés à la revaccination ; 5 d'entre eux furent malades pendant quatre-vingt-dix-neuf jours, la durée n'est pas indiquée pour le sixième.

Trois avaient été revaccinés, ils perdirent cinquante-quatre jours de travail pour deux ans, soit vingt-sept jours par an ; nous sommes donc loin de la moyenne de trois cent quatre-vingts jours que l'on constatait pour chaque année avant la revaccination. Quant à la mortalité, elle est nulle depuis quatre ans.

Actuellement, il existe à peine 2,000 agents qui se sont refusés à la revaccination ; ils ont donné 6 varioleux ; 28,000 revaccinés n'en ont donné que 3, c'est-à-dire environ vingt fois moins. Mais ces résultats de la revaccination des agents de la Compagnie sont surtout remarquables, quand on les rapproche de ce qui se passe dans les villes où ils sont disséminés.

Ainsi à Paris, où règne toujours la variole, pas un seul cas depuis trois ans dans un personnel de 6,000 agents. A Commercy, 134 agents, pas un cas de variole ; 38 en ville.

A Epinal, 445 agents : 1 seul cas ; 38 en ville.

A Jussey, 178 agents : rien ; en ville, 16 cas, dont 5 mortels.

A Mirecourt, 150 agents : rien ; en ville, 600 cas, dont 40 mortels.

A Pompey, Frouard, 110 agents : rien ; en ville 91 cas, dont 8 mortels.

A Reims, 900 agents : rien ; en ville, 271, dont 34 mortels.

A Vesoul, 700 agents : rien ; 157 en ville, dont 17 mortels.

En résumé, pour cinquante localités disséminées sur le réseau de l'Est, les médecins signalent 1,321 cas de variole dont 125 se sont terminés par la mort ; et la Compagnie, sur 28,000 agents revaccinés, compte 4 varioleux et pas un décès.

La conclusion de M. Créquy et la nôtre est qu'il est nécessaire de faire une loi rendant la vaccination et la revaccination obligatoires ; pour produire l'immunité variolique, les vaccinations doivent se pratiquer dans tous les centres un peu importants, périodiquement, à jour fixe, au moins une fois par mois.

La revaccination doit être répétée au moins deux ou trois fois dans le courant de la vie.

Traitement du prurit de la vulve par les injections sous-cutanées d'acide phénique.

Le Docteur *Jules Chéron* préconise le traitement suivant dans le cas de prurit vulvaire.

Lorsque le prurit vulvaire ne constitue qu'un symptôme secondaire et peu pénible d'une vulvo-vaginite ou d'une endométrite plus ou moins ancienne, le traitement doit consister avant tout à tarir les sécrétions du canal génital par les moyens appropriés : lotions et injections antiseptiques, tamponnement du vagin à la gaze iodoformée, ou à la glycérine ichthyolée, traitement direct de l'endométrite,etc.

Mais, dans certains cas, le prurit de la vulve représente un symptôme très pénible, exigeant un traitement spécial, alors surtout qu'il n'est pas lié à l'existence de sécrétions utérines ou vaginales, et qu'il n'est en rapport avec aucune éruption telle que l'eczéma, l'herpès, etc. On n'oubliera pas alors de rechercher, avec le plus grand soin, s'il existe ou non de la glycosurie, car le prurit de la vulve peut se présenter comme le signe précoce d'un diabète méconnu jusque-là, et il est indispensable d'instituer immédiatement le régime approprié, si les urines contiennent du sucre.

Qu'il s'agisse de prurit diabétique, ou de prurit purement nerveux, on obtiendra rapidement la disparition des démangeaisons dont se plaignent les malades, par l'emploi des injections hypodermiques d'acide phénique.

La formule est la suivante :

Acide phénique neigeux..	1 gramme.
Eau distillée............	100 grammes.

On injecte, tous les deux jours, cinq centimètres cubes de cette solution, dans la région rétro-trochantérienne en prenant les précautions antiseptiques d'usage.

L'amélioration se montre très nette dès les premières injections sous-cutanées ; il est rare que la guérison complète ne soit pas obtenue au bout de 15 à 20 injections.

Même chez les diabétiques éliminant journellement de grandes quantités de sucre par les urines, nous n'avons jamais vu aucun accident survenir à la suite de ce traitement. Il ne faut pas négliger, cependant, chez les diabétiques surtout, en dehors des précautions antiseptiques rigoureuses, de faire pénétrer le liquide profondément sous la peau, dans le tissu cellulaire de la région rétro-trochantérienne, et bien se garder d'injecter la solution phéniquée dans l'épaisseur du derme. Il suffit, pour éviter cela, d'introduire l'aiguille profondément, perpendiculairement à la peau, suivant le manuel opératoire que nous conseillons pour toutes les injections hypodermiques.

Sur la protection du périnée pendant l'accouchement.

Un de nos confrères nous demandait récemment, si nous ne connaissions pas un appareil quelconque destiné à protéger le périnée pendant l'accouchement. Non, certes, il n'y a aucun appareil ; mais il y a bien des méthodes ; en voici une excellente préconisée dernièrement par le Dr Gallois :

Lorsqu'arrive dans la présentation du sommet le moment où la tête fœtale nettement apparente à la vue entr'ouvre l'orifice vulvaire et l'agrandit à chaque poussée, la femme étant placée dans le décubitus dorsal, on se place à sa droite et de la main gauche armée de coton antiseptique bien sec, on refoule d'avant en arrière le vertex à chaque contraction : 1° pour empêcher l'expulsion pendant une douleur ; 2° pour éviter la déflexion prématurée, phénomène fâcheux, que je considère comme presque constant dans l'accouchement spontané.

La pression est donc dirigée dans le sens d'une flexion artificielle, et à chaque douleur retenant un peu moins la progression horizontale sous-pubienne, on arrive ainsi à obtenir le dégagement sous l'arcade d'une partie de plus en plus voisine de l'occiput, puis de l'occiput, du sous-occiput et enfin du cou. — Ce n'est donc que lorsque le cou commence à paraître, la tête étant toujours très fléchie, que, de la main droite restée libre, on presse sur la face fœtale à travers la région anale, achevant ainsi par une sorte de manœuvre de Ritgen la déflexion et l'expulsion de la tête dans l'intervalle des douleurs, à un moment où grâce à l'extrême dégagement du sous-occiput on n'a plus à redouter le passage d'un diamètre plus grand que les sous-occipitaux. On n'introduit plus le doigt dans le rectum, ce qui est inutile et peut compromettre l'asepsie.

Il y a dans l'application de cette méthode quelques variantes possibles, suivant que l'ouverture vulvaire semble plus ou moins étroite et menacée. C'est ainsi qu'il peut être bon d'exercer d'une façon plus continue la pression de Ritgen pour élargir graduellement, en dehors des douleurs, l'orifice vulvaire. — Si la tête est assez petite pour rendre cette manœuvre possible, on tâche, à l'imitation de Hohl, d'obtenir dans un sens un peu oblique le dégagement définitif.

Ces modifications de détail ne changent d'ailleurs rien au fond même de la méthode qui peut se résumer ainsi : 1° retarder l'expulsion de la tête et la maintenir fortement fléchie jusqu'à ce que le sous-occiput ait largement franchi l'arcade et que le cou apparaisse ; 2° faire à ce

moment la déflexion dans l'intervalle des douleurs au moyen de la main garnie d'ouate antiseptique et pressant à plat d'arrière en avant sur la région anale.

On a des déchirures même avec ce procédé, mais ces déchirures sont minimes et n'intéressent le plus souvent que la muqueuse vulvo-vaginale. On réunit cette petite plaie par une ou deux sutures au catgut.

La perlèche.

M. le Dr *Raymond* parle, dans les *Annales de Dermatologie*, d'une affection très fréquente quoique mal connue, qui se nomme la *perlèche*.

« La perlèche est une affection qu'on rencontre chez les enfants principalement et qui est caractérisée par une altération épidermique et une lésion fissuraire occupant la commissure des lèvres. Elle débute par une altération de l'épiderme des commissures, qui devient blanc et se soulève irrégulièrement sans qu'il y ait, à proprement parler, de vésicule. C'est une sorte de pellicule blanchâtre, saillante et plissée, de macération épidermique que l'on aperçoit au coin des lèvres. L'épiderme est, en ce point, et au-dessous du pli commissural, à une distance variable, allant d'un millimètre à plus d'un demi-centimètre en haut et en bas, comme si cette lésion autoinoculable envahissait les deux parties de la commissure qui sont en contact. L'épiderme est comme décollé, et s'arrache facilement; on trouve au-dessous le derme à nu. Bientôt la lésion progresse, gagne en surface et en profondeur. Il survient alors une fissure qui occupe généralement le pli même de la commissure; cette fissure est ordinairement unique, mais parfois, cependant, on aperçoit, deux ou trois petites fissures au-dessus et au dessous de la fissure principale. Elles sont alors moins profondes que cette dernière. La lésion gagne ensuite le long du bord des lèvres, mais elle ne s'étend jamais à plus de trois quarts de centimètre du pli commissural : elle gagne aussi plutôt du côté de la face cutanée de la lèvre que du côté de la face muqueuse. Néanmoins, la muqueuse labiale elle-même peut être atteinte et chez nombre d'enfants, on voit dans la cavité buccale, à la partie interne de la commissure, de petits soulèvements épidermiques blanchâtres analogues à de petits dépôts opalins ou mieux aux morsures de la muqueuse buccale. Au niveau de la lésion principale, les couches superficielles ont parfois disparu, et l'on voit à nu le derme sous-jacent. La lésion occupe, en général, les deux commissures, mais elle peut aussi n'exister que d'un seul côté : qu'elle soit intense ou peu prononcée, elle est également accentuée des deux côtés, dans la majorité des cas. La perlèche est indolore et les enfants n'accusent aucune sensation, à moins que la fissure ne devienne saignante, ce qui se voit, soit après la distension des commissures, soit surtout sous l'influence de la malpropreté. »

La perlèche ne se présente pas toujours, en effet, à l'état de plaque blanchâtre, opaline; la fissure s'étend vers la base de la lèvre, s'accentue et se met à saigner : elle se recouvre alors d'une croûte, puis il s'y fait des inoculations secondaires et, dans ces cas, on voit alors à la périphérie de la lésion primitive une auréole rouge inflammatoire, atteignant parfois un demi-centimètre, avec desquamation furfuracée ou même croûteuse. Il n'y *a aucune induration, aucun retentissement ganglionnaire.* La lésion siège toujours aux commissures des lèvres et dure de 4 à 6 semaines. Il reste une cicatrice blanche, nacrée, lisse.

C'est une affection qui récidive facilement et qui, de plus, est très *contagieuse*, surtout chez les enfants tout jeunes.

Les deux causes de contagion qui, après le contact direct dans un baiser par exemple, favorise le plus la dissémination de la perlèche, sont le gobelet et l'essuie-main.

Plusieurs variétés de microbes sont susceptibles de produire cette affection.

M. Fournier a souvent fait remarquer que cette question de la perlèche présentait un intérêt médico-légal évident, car la maladie peut se produire aussi chez l'adulte, et le diagnostic différentiel avec la syphilis se pose quelquefois dans des conditions fort difficiles ; il a été commis comme expert dans un cas où l'on supposait une transmission de syphilis en s'appuyant sur des lésions des commissures labiales et où il s'agissait réellement de perlèche.

Le traitement consiste surtout dans les soins de propreté, dans des applications de vaseline boriquée et de poudre d'iodoforme sur les excoriations, et dans l'isolement strict des enfants atteints.

L'élixir parégorique.

Un de nos confrères s'étonne que dans un de nos derniers articles, nous prescrivions parallèlement 30 gouttes de laudanum et 50 gouttes d'élixir parégorique. Ces deux doses, nous dit-il, ne se ressemblent pas le moins du monde; car vingt ou trente gouttes de laudanum représentent au moins 0,05 centigr. d'extrait d'opium et cinquante gouttes d'élixir parégorique représentent 0,005 milligr. du même extrait.

Tout cela est erroné. 1° Nous n'avons jamais voulu dire que cinquante gouttes d'élixir parégorique remplacent trente gouttes de laudanum et leur sont équivalentes. Nous n'avons fait qu'indiquer les doses les plus convenables, sans nous occuper de la composition de chaque médicament. 2° Trente gouttes de laudanum représentent non pas 0,05 centigr., mais 0,075 milligr. du même extrait. D'ailleurs le dosage et la composition du laudanum est fort variable, l'opium brut qui entre dans sa composition n'étant pas toujours le même. 3° L'élixir parégorique ne contient pas 0,005 milligr. d'extrait d'opium par 50 gouttes, mais 0,05 centigrammes d'extrait par 20 gouttes. On n'emploie pas aujourd'hui le vieil élixir de Dublin, on se sert de la formule suivante de C. Paul :

Teinture d'extrait d'opium........	60 gr.
Acide benzoïque................	2 gr.
Teinture de cannelle............	5 gr.
Vin de Madère..................	40 gr.
Essence d'anis.................	XXV gout.

HYGIÈNE DE L'ENFANCE.

Stérilisation pratique du lait. Emploi du lait stérilisé dans l'alimentation du nouveau-né.

L'alimentation du nourrisson au sein maternel est la seule qui soit naturelle : on ne saurait trop le répéter, et le médecin doit faire tous ses efforts pour qu'elle soit employée de préférence à toutes les autres. Dans le cas où la mère ne peut nourrir elle-même son enfant, il faut, quand cela est possible, recourir à une nourrice mercenaire. Mais l'allaitement au sein est-il toujours possible ? Non, malheureusement ; les cas sont très nombreux où il faut employer l'alimentation artificielle, ou mixte.

A côté de la clientèle riche pour laquelle il est facile de se procurer une bonne nourrice mercenaire, il est beaucoup d'autres femmes, désireuses de nourrir elles-mêmes leur enfant, et qui se trouvent dans l'impossibilité de le faire parce qu'elles ont trop peu de lait ou n'en ont pas du tout. Même dans les cas de familles fortunées, la syphilis ne vient-elle pas imposer à l'accoucheur la dure nécessité de condamner l'enfant à une nourriture artificielle, si la mère ne peut donner le sein ? L'emploi des nourrices syphilitiques, à conseiller dans ce cas, n'est pas facilement réalisable en ville : outre les inconvénients qu'il peut y avoir à mettre une nourrice dans le secret de l'affection spécifique dont est atteint le nourrisson, le recrutement est difficile et les cas où l'on réussit sont relativement rares.

Pendant deux années d'internat passées dans le service du professeur Tarnier, à la Maternité, et dans le nouveau service d'accouchements, admirablement installé, de M. Budin à l'hôpital de la Charité, M. André Chavane s'est particulièrement attaché à cette question de l'alimentation des nouveau-nés. Dans les cas où l'alimentation artificielle, ou mixte, était nécessaire, il a cherché à en diminuer les dangers, en n'employant que le lait stérilisé, dans le service même, d'une façon fort simple. Il expose cette pratique dans une remarquable thèse, très documentée, voulant ainsi « mettre entre les mains de chaque mère de famille, ou à la disposition de chaque service d'hôpital, un moyen facile et sûr à la fois, d'avoir un lait sinon stérile au sens scientifique du mot, au moins se conservant 24 heures, pendant lesquelles, sans danger, il peut être administré à l'enfant » (1).

I. — *Dangers du lait cru.* — Ils sont trop connus pour que nous y insistions. L'objection la plus grave qu'on doive faire au lait de vache cru, c'est d'être souvent le véhicule des microbes et la cause primordiale de maladies que le nouveau-né suce avec le lait. Ou bien ces microbes se trouvent naturellement contenus dans le lait et proviennent, à travers la glande, de l'organisme animal qui le fournit, ou bien leur présence est accidentelle. La contamination s'est faite pendant les premières manipulations lors de la traite, d'autres fois, en traversant les vases dans lesquels on le recueille, ou même par le simple dépôt des poussières si riches en germes de l'air atmosphérique.

Les habitants des campagnes et ceux qui se fournissent dans les vacheries situées à proximité de leur habitation évitent une partie de ces inconvénients et ont l'avantage d'avoir du lait frais quelques instants après la traite. Mais la majorité emploie du lait qui a voyagé. Avant d'arriver au consommateur, ce lait a passé par les mains : 1° des fermiers ou nourrisseurs ; 2° des marchands en gros ou collectionneurs ; 3° des crémiers ou laitiers des rues qui le vendent au public. Outre les additions d'eau qu'il a subies, ce lait a été transvasé cinq ou six fois dans des récipients plus ou moins propres, pour séjourner ensuite dans les jattes découvertes des laiteries où on le débite : nombreuses ont été les chances de contamination.

Aussi les microbes qu'on y trouve sont-ils nombreux, car le lait est un merveilleux bouillon de culture. Son alcalinité légère, sa richesse en principes azotés et en sels réalisent, quand la température est suffisante, des conditions essentiellement favorables pour le développement des colonies. M. Chavane rapporte que Bitter, dans le lait pris au hasard pour ses expériences, a constaté la présence de 2,500 à 250.000 germes par millimètre cube (*Zeitsch. für Hyg.* — 91 — p. 240). Parmi ces microbes, les uns, considérés généralement comme inoffensifs, ont une action limitée à la fermentation du lait : ils le rendent assez rapidement impropre à la consommation, surtout pour les enfants du premier âge, qui meurent en si grand nombre de diarrhée cholériforme et d'athrepsie, par la mauvaise qualité du lait qu'ils boivent. Les autres, au contraire, sont pathogènes et rien ne révèle leur présence : il nous suffira de citer les microbes pathogènes de la diphtérie, des diarrhées infantiles, de la fièvre typhoïde, de la scarlatine, enfin le redoutable bacille de Koch qu'on a pu retrouver directement dans des échantillons de laits provenant de vaches pommelières. D'où proviennent ces micro-organismes ?

Les uns, comme le bacille de Koch, peuvent provenir directement de l'organisme de la vache à travers la glande mammaire atteinte de lésions tuberculeuses ; mais, en ce qui concerne les autres, le bacille de la fièvre typhoïde, par exemple, il est probable que le lait est ensemencé après la traite, par les récipients sales, l'eau de coupage, et les nombreuses causes de contamination dont nous avons déjà parlé.

En somme, un seul fait est à retenir : c'est que le lait tel qu'il est livré à la consommation est quelquefois dangereux et peut introduire dans l'économie du nouveau-né les germes de différentes maladies graves, rendant ainsi son emploi dangereux. Il ne faut point faire le lait plus dangereux qu'il n'est en réalité ; mais les exemples de contagion, bien que très rares, n'en imposent pas moins une prophylaxie sévère, puisque, au moins dans les villes, on ne connaît jamais au juste la provenance du lait qu'on va consommer.

II. — *I convénients, pour le nouveau-né, du lait bouilli.* — Il s'agit donc de détruire les microbes qui font aigrir le lait et ceux qui peuvent transmettre des maladies contagieuses. Or, le lait bout à 101°5, et les bacilles de la tuberculose, qu'on a toujours en vue, sont détruits par une

(1) Dr André Chavane. — Du lait stérilisé ; son emploi dans l'alimentation du nouveau-né. — Paris, 1893. — Société d'éditions scientifiques.

température de 70°, les autres sont détruits entre 0 et 100°, et une série d'expériences de H. Martin, Bitter, Strauss semblent prouver que le lait porté à la température de 80° est dépourvu de tout microbe, du moins de tout microbe pathogène. Ainsi, pour l'adulte, l'ébullition suffit complètement. En est-il de même pour les nouveau-nés, dont le lait constitue l'unique aliment, et qui ont les organes digestifs autrement sensibles que les nôtres?

Non, dit M. Chavane, il existe des arguments sérieux pour les inconvénients de l'ébullition du lait, *au point de vue du nouveau-né*. Le premier et le plus important est fondé sur les troubles digestifs qu'il donne trop souvent à l'enfant dans les premiers mois de la vie. Si le lait bouilli est bien digéré par un jeune homme de vingt ans, en plein état de santé, et même plus promptement peptonisé que le lait non bouilli (Reichmann), il n'en saurait être de même pour le nouveau-né, jusqu'à l'âge de trois ou quatre mois.

Ces faits n'ont rien qui doive étonner, si l'on songe aux modifications de volume que subit le lait pendant l'ébullition. Lesage et Chavane ont constaté que le lait bouillant à l'air libre pendant cinq minutes diminuait de près d'un quart de son volume, et ils concluent avec M. Duclaux : « Le lait bouilli, bien qu'il n'ait pas subi de changement apparent, n'est pas identique à du lait qui n'a pas subi l'ébullition. C'est là un fait que révélait la différence de goût et de digestibilité des deux laits (1). »

III. — *Stérilisation du lait.* — Reste donc la stérilisation du lait, qui arrive à la destruction des microbes, sans enlever au lait ses qualités nutritives.

Sous l'influence des découvertes contemporaines, l'industrie laitière, en France comme à l'étranger, a subi depuis quelques années une révolution véritable. Les dangers du lait cru et les inconvénients du lait bouilli ont été admis par la plupart des médecins qui s'occupent de l'hygiène de l'enfance; des procédés nouveaux ont été imaginés, l'industrie a créé des appareils pour chauffer le lait à l'abri du contact de l'air, le commerce et la réclame s'en sont mêlés.

Les laits du commerce sont, ou pasteurisés, ou stérilisés.

La pasteurisation, fondée sur le principe établi par Pasteur pour la conservation des bières et des vins, se réduit aux deux opérations suivantes : d'abord on fait passer très vite le lait à la température de 70 à 75°, puis on le ramène immédiatement à 10 ou à 12° centigrades. On parvient à ce résultat à l'aide d'appareils reposant tous sur le même principe. Ceux dont on se sert dans la grande industrie laitière de Paris consistent en deux réservoirs concentriques. L'intérieur renferme le lait, l'extérieur est parcouru par un courant de vapeur. Lorsque le lait s'est élevé à la température voulue, il s'écoule dans un refroidisseur à eau courante. Ce procédé porte le nom de système du professeur Fjord.

Le lait pasteurisé se conserve facilement et peut voyager même dans les grandes chaleurs de l'été; mais, arrivé à destination, il faut le transvaser dans de nouveaux récipients, qui ne sont pas toujours propres, et les industries se livrent souvent à des coupages clandestins qui le dénaturent.

La stérilisation, pour ces motifs, est généralement préférée. Elle consiste à chauffer le lait au bain-marie jusqu'à 100 ou 110 degrés, et à boucher immédiatement après les vases qui le renferment. Dans l'industrie, ces laits, préparés en grand dans des appareils comme celui de MM. Higuette et Timpe, peuvent être chauffés jusqu'à 110 ou 120 degrés, par le moyen de la vapeur d'eau sous pression : on les livre ensuite au consommateur dans des vases bien fermés, qu'on ne débouche qu'au moment de s'en servir. Pour plus de facilité, on emplit de petits flacons dont chacun renferme le contenu d'un repas, pour les nourrissons auxquels ce lait est destiné.

Mais on préfère, en général, les appareils plus simples qui peuvent permettre de préparer chaque jour dans les familles, ou dans les hôpitaux, la quantité de lait qui doit être consommé dans la journée. Les appareils qui se partagent la faveur du public sont ceux de Soxhlet et de Gentile. Ils rendent la stérilisation du lait simple, bon marché, et facile à contrôler. C'est là, véritablement, la stérilisation *pratique* du lait pour les nouveau-nés. Aussi croyons-nous utile d'en reproduire ici la description complète qu'en donne M. Chavane, qui les a longuement expérimentés dans le service de M. Budin.

« *Appareil de Soxhlet.* — « L'appareil de Soxhlet, le plus employé en France, est constitué par un bain-marie fermé, dans lequel plonge un porte-bouteilles. Les bouteilles, d'une contenance de 200 grammes, ne doivent être remplies qu'aux deux tiers. On place sur leur goulot un petit disque en caoutchouc de 4 millimètres d'épaisseur, de la dimension exacte de l'ouverture en entonnoir de la bouteille. Pour éviter le déplacement de ce disque pendant que la vapeur et l'air s'échappent, on coiffe la bouteille, surmontée de son disque, d'un petit cylindre en métal armé de trois griffes, qui doit se placer sans frottement. L'appareil ainsi chargé est maintenu à l'ébullition pendant quarante minutes.

La hauteur de l'eau du bain-marie ne doit pas dépasser la moitié de la bouteille, qui plonge ainsi partie dans l'eau bouillante, partie dans la vapeur. Le temps pendant lequel on prolonge l'ébullition permet au lait d'équilibrer sa température avec celle de l'eau. Plusieurs auteurs prétendent que la température à laquelle le lait est ainsi porté ne dépasse pas 80°. Nous avons cherché à contrôler cette assertion dans de nombreuses expériences, et toujours nous avons relevé une température de 100°, aussi bien dans les couches supérieures du liquide plongeant dans la vapeur que dans les couches profondes.

Dès que les bouteilles sont retirées de l'eau, la vapeur dégagée par le lait, qui s'est substituée à l'air contenu dans le tiers supérieur du flacon, se condense par refroidissement, et la pression atmosphérique fixe le disque de caoutchouc sur la bouteille en le déprimant à son centre. Cette dépression est arrivée à son maximum, au moment du refroidissement du lait.

La bouteille est soigneusement rodée sur son bord, le goulot est en entonnoir. Le disque est d'autant plus fortement appliqué que l'air est mieux chassé, le vide mieux fait. Cette dépres-

(1) Duclaux. — Mémoires sur le lait. *Annales de l'Institut agronomique*, 1882, 1884, 1886.

sion du disque en caoutchouc rouge est une garantie très précieuse de la réussite de l'opération.

M. Soxhlet a réalisé avec le système qui porte son nom un très grand progrès, tant par le mode de bouchage que par le fractionnement des repas de l'enfant, ainsi maintenus à l'abri de l'infection.

Pourtant ce disque très ingénieux n'est pas sans inconvénients ; par l'usage, il arrive à s'étendre, glisse à frottement contre les parois du cylindre, et quand on enlève ce dernier, le disque le suit. L'opération est à recommencer. D'un autre côté, le moindre éclat, la moindre félure du goulot de la bouteille en verre très mince rend l'opération incomplète. »

Appareil de Gentile. — L'appareil de Gentile, récemment construit pour le service de M. Budin, a justement pour but d'éviter cet inconvénient de l'extensibilité du disque en caoutchouc de Soxhlet. Il ne diffère d'ailleurs de celui-ci que par le mode de bouchage, un peu plus soigné. Les bouteilles, graduées, remplies aux deux tiers de lait, sont recouvertes d'un obturateur en caoutchouc en forme de champignon, ou plus exactement de clou. La tige plonge dans la bouteille, la partie supérieure coiffe la bague rodée de la bouteille, qu'elle ne dépasse pas sur les bords. La stérilisation est faite comme ci-dessus. Par condensation de la vapeur, la pression atmosphérique fixe et déprime cette fermeture élastique en produisant à son centre un godet. « Pour rendre ces bouteilles facilement maniables, et éviter les inconvénients du transport, car les chocs, en soulevant les bords de l'obturateur, pourraient permettre la rentrée de l'air, M. Gentile joint à l'appareil un petit cercle métallique s'appliquant exactement sur le bord du clapet. On le fixe autour de la bague de la bouteille par l'intermédiaire de deux petites lames verticales qui y attiennent, et se terminent par une partie recourbée dans laquelle on passe une ficelle ou un fil de laiton.

Ce mode de fermeture nous paraît supérieur à celui de M. Soxhlet, car, si, comme dans ce dernier, la production et le maintien du vide sont pour nous une assurance de la stérilité du lait, nous évitons l'inconvénient de l'extensibilité des disques. Enfin, dans leurs déplacements, les mères et les nourrices peuvent sans danger et sans précautions spéciales transporter avec elles la provision de lait du nourrisson. »

Le lait stérilisé que MM. Budin et Chavane ont obtenu avec les appareils de Soxhlet et de Gentile conserve tous ses caractères organoleptiques, et il est difficile, en goûtant comparativement le lait cru qui a servi à le préparer et le lait qui vient d'être stérilisé, de les distinguer l'un de l'autre.

Ces appareils, si toutefois on peut décorer du nom d'appareils de simples bouteilles munies d'un système de bouchage particulier, sont, comme on le voit, d'une grande simplicité. Mais chez les gens pauvres, ou dans les classes sociales où se recrutent les malades d'hôpital, le prix de l'appareil même le plus simple est encore trop élevé. Pour y suppléer de son mieux, M. Chavane conseille aux femmes qui quittent l'hôpital un moyen extrêmement simple, qui leur a rendu beaucoup de services.

« Dans une marmite ordinaire, contenant un tiers d'eau, au fond de laquelle elles mettent un peu de paille, elles placent leur provision de la journée, remplissant aux deux tiers un certain nombre de bouteilles quelconques de pharmacie par exemple. Dans chacune d'elles, elles mettent 100 grammes de lait environ ; puis elles portent à l'ébullition qui est maintenue pendant trois quarts d'heure ; au bout de ce temps, elles retirent du feu leur bain-marie, et appliquent sur chaque fiole un bouchon de liège préalablement lavé à l'eau bouillante.

Ce système est, nous ne le dissimulons pas, très imparfait ; il n'offre pas les garanties des précédents ; mais le lait ainsi préparé nous semble préférable à l'emploi du lait bouilli. »

Il y a donc, en résumé, deux choses importantes dans la stérilisation du lait : 1° l'opération de la stérilisation en elle-même ; 2° le maintien de cette stérilisation, auquel on ne peut arriver que par un système de bouchage parfait. Tout est là. La température de 100° paraît très suffisante pour stériliser le lait à l'usage des nourrissons. Cette stérilisation ne doit viser que la provision de la journée. Elle sera, comme le conseille Soxhlet, divisée en un petit nombre de bouteilles correspondant à celui des repas de l'enfant. Jamais on ne devra se servir d'une bouteille débouchée ou déjà entamée.

Il faut, avant de donner le lait à l'enfant, prendre les précautions suivantes : constater pour chaque bouteille que l'opération de la stérilisation a réussi, et que le vide persiste ; ne faire sauter le mode de fermeture qu'au moment même du repas du nourrisson ; goûter le lait pour s'assurer de sa température et de sa qualité.

IV. — *Emploi du lait stérilisé dans l'alimentation du nouveau-né.* — M. Budin ne se sert dans son service de la Charité, pour l'alimentation mixte ou artificielle, que de lait stérilisé à l'hôpital même et dans son laboratoire, avec l'appareil de Soxhlet, ou celui de Gentile, et les statistiques du service, que M. Chavane publie intégralement, sont la meilleure preuve que ce lait est parfaitement toléré et assimilé par le nouveau-né, mieux assimilé même que le lait bouilli. Chaque jour on prépare la quantité nécessaire pour la journée et la nuit. Ce lait est administré *pur, sans coupage.* Pour le faire boire aux enfants, on adapte au goulot de la bouteille un petit appareil, auquel il a donné le nom de galactophore ; en sorte qu'on le fait passer directement de la bouteille stérilisée qui le contient dans le tube digestif de l'enfant. En outre, tous les enfants reçoivent, dès le jour de leur naissance, une quantité de lait proportionnelle à leur poids initial : en sorte qu'une alimentation artificielle est donnée à tous les nouveau-nés pendant les trois premiers jours qui suivent la naissance. C'est à cette époque seulement que dans la majorité des cas se fait la montée laiteuse de la mère.

Mais il y a une précaution à prendre, rigoureusement observée à la Charité, et à laquelle M. Budin attache une grande importance : avant de recevoir le lait au galactophore (ou au verre, pour les prématurés), les enfants sont tous mis au sein de leur mère, pendant 5 minutes au moins. Cette tétée de l'enfant, même sur un sein stérile, n'est pas sans influence sur

l'époque de la montée laiteuse et sur son abondance. Puis, dès que la mère a suffisamment de lait pour alimenter le nourrisson dans de bonnes conditions, celui-ci est mis exclusivement au sein.

Quels que soient les avantages, la sécurité du lait stérilisé, il ne faut soumettre le nouveau-né à une alimentation artificielle que dans le cas où ce sera *absolument nécessaire*. Quel que soit le peu de lait que l'enfant puise au sein maternel, il ne faut pas négliger cette quantité, si minime qu'elle soit au début. Il n'est pas rare que la sécrétion s'établisse plus abondante dans la suite.

M. JOURDAN,
Interne des hôpitaux de Paris.

VARIÉTÉS

De la douche nasale.

La première condition à remplir, c'est de s'assurer que les fosses nasales sont perméables.

Après avoir traversé la fosse nasale, le liquide arrive au contact de la paroi postérieure du voile du palais qui se soulève, devient horizontal en séparant ainsi le pharynx nasal du pharynx buccal, puis il passe par l'ouverture postérieure de la fosse nasale opposée pour s'écouler au dehors.

Il est indispensable que le liquide ne soit soumis qu'à une pression suffisante pour surmonter la résistance due au frottement sur les parois des fosses nasales, car une pression trop forte, vainquant la contraction du voile, déterminerait le passage de l'eau dans la gorge, outre qu'elle pourrait encore chasser le liquide dans la trompe d'Eustache et de là dans l'oreille moyenne où elle occasionnerait des désordres.

Cette augmentation de pression se produit encore lorsque la vitesse du courant est trop grande ou quand l'eau arrive en trop grande abondance ; il en est de même dans les cas de sténose de la fosse nasale par laquelle l'eau doit sortir.

Pour faire l'injection, on peut se servir d'une seringue avec embout arrondi ou encore d'un siphon nasal ou de la seringue anglaise.

Le *siphon nasal* se compose d'un tube de caoutchouc de 0 m. 75 à 0 m. 80 de long, terminé, d'une part, par une olive s'adaptant à l'orifice des fosses nasales et, d'autre part, par un poids perforé plongeant dans l'eau.

Pour empêcher le tube de s'aplatir par la pression du vase, il est préférable de le munir, dans la partie qui plonge dans l'eau, d'un tube en verre ou en caoutchouc durci ayant la forme d'un U renversé que l'on place à cheval sur le bord du vase ou plus simplement sur le goulot d'une carafe.

Un appareil encore recommandable consiste dans le bouchon de caoutchouc de Budin que l'on adapte à une bouteille quelconque. En renversant celle-ci, le liquide s'écoule par le tube pendant que l'air pénètre par un tube plus petit.

On fait aussi usage d'un réservoir muni à sa partie inférieure d'un tube de caoutchouc terminé par une canule.

Après avoir disposé le réservoir ou la bouteille contenant l'eau à une hauteur variable de 0 m. 35 à 0 m. 50 au-dessus de sa tête, le malade s'assied devant une table sur laquelle est disposée une cuvette pour recevoir le liquide injecté.

Se sert-on du siphon, on l'amorce avec la bouche ou avec la poire en caoutchouc placée sur le trajet du long tube.

Pour empêcher le liquide de s'écouler, il suffit de comprimer le tube avec le doigt ou à l'aide d'un des appareils fabriqués dans ce but (robinet, pince, etc.).

Si l'on préfère modérer à son gré l'écoulement du liquide, on a recours à la *seringue anglaise*, c'est-à-dire à un tube de caoutchouc portant au milieu un renflement ovalaire. A l'une des extrémités est l'embout nasal, tandis que l'autre porte un ajutage mécanique percé d'un trou à son centre et muni d'un clapet permettant l'accès du liquide, mais s'opposant à son reflux.

Qu'on se serve de l'un ou de l'autre des appareils précédents, il faut introduire la canule dans le nez, d'avant en arrière et de bas en haut, puis la relever jusqu'à l'horizontale afin que le courant sorte parallèlement à la direction de l'axe de la bouche.

Pendant que le liquide s'écoule par l'autre narine, il faut pencher la tête légèrement en avant, respirer tranquillement la bouche ouverte, sans parler et sans faire aucun mouvement de déglutition. De temps en temps, on interrompt le courant pour éviter le relâchement du voile du palais.

Comme la plupart du temps les malades ne savent pas exécuter cette manœuvre, nous croyons plus simple de leur dire de prononcer la voyelle *é* soutenue jusqu'à ce qu'ils aient besoin de reprendre leur respiration ; à ce moment ils interrompent l'injection.

Il arrive parfois que les patients accusent des maux de tête au niveau de la région frontale après la douche ; cela n'a lieu que quand le jet est dirigé en haut au lieu d'avoir une direction horizontale.

C'est pour cela qu'à l'exemple du Dr Moure, quelques médecins se servent d'une canule coudée à angle droit.

Lorsque les deux fosses nasales sont également perméables, on fait indistinctement l'injection par l'un ou l'autre côté ; si, au contraire, l'une d'elles est plus étroite, la canule devra être introduite dans cette dernière narine.

Après l'injection, il ne faut pas se moucher pour chasser le liquide resté dans la fosse nasale, car l'eau pénétrerait dans la trompe d'Eustache ; il suffit de faire quelques secousses brusques d'expiration, les narines ouvertes.

La muqueuse nasale ne doit pas être exposée à une température froide, immédiatement après l'irrigation ; il est même bon de garder la chambre une heure environ pendant l'hiver.

Habituellement on injecte un litre de liquide à chaque séance ; une ou deux irrigations suffisent en général par vingt-quatre heures.

L'eau doit être à une température de 30 à 35 degrés environ, car le froid impressionne désagréablement la muqueuse nasale, et la trop grande chaleur augmente l'afflux sanguin du nez.

Il ne faut pas employer l'eau tiède pure, car elle produit une sensation de brûlure, très atténuée cependant par l'addition d'une cuillerée à café de chlorure de sodium par demi-litre d'eau.

Les solutions alcalines sont utilisées couramment pour les simples nettoyages (bicarbonate de soude, borate de soude, phosphate de soude

bisodique, etc. ; une cuillerée à café de ces poudres par demi-litre).

Comme liquides antiseptiques, on fait usage de solutions d'acide borique à 3 0/0, d'acide salicylique, de salol, de naphtol.

Il faut éviter les solutions fortement astringentes ou caustiques, qui sont très mal tolérées en général et qui peuvent avoir une influence fâcheuse sur l'odorat.

Un certain nombre de médecins prescrivent à tort la douche nasale dans toutes les affections des fosses nasales. Celle-ci cependant n'est qu'un moyen de nettoyer, et, par conséquent, elle n'a pas lieu d'être recommandée dans l'hypertrophie de la muqueuse, les tumeurs adénoïdes, etc...

(*La Pratique médicale.*) — J. BARATOUX.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de la Marne.

Section d'Epernay.

16 avril 1893.

Présents : MM. Pellot, *Président* ; Evrard, *Secrétaire* ; Chéruy, Cossin, Choquart, Godard, Jacquinot, Janin, Limasset, Leclère, Laydeker, Péchadre, Verron, Mangin.

Les docteurs Patenotre (de Sézanne) et d'Oger de Spéville, oculiste à Epernay, donnent leur adhésion au Syndicat et assistent à la séance.

Excusés : MM. Dunand, Moret, Soyeux, Demange, Plicot, Michel et Couillaud.

Bureau.

L'ordre du jour comporte le renouvellement du bureau dont la composition est maintenu par le vote ainsi qu'il suit :

Président, Dr Pellot.
Vice-président : Dr Verron.
Assesseurs : Dr Dunand, Dr Janin.
Secrétaire-trésorier : Dr Evrard.

Tarif. Affaires litigieuses.

Vient ensuite l'examen d'affaires litigieuses entre médecins et clients au sujet d'honoraires, affaires soumises à l'Assemblée par les docteurs Choquart et Péchadre.

Des longues discussions contradictoires qui s'élèvent sur ce chapitre, il ressort que dans tous les cas il y a pour le Bureau chargé de statuer, de grandes difficultés d'appréciation.

C'est ainsi que dans le cas du Dr Choquart le bureau ne peut fixer un taux de visite net faute d'être édifié sur l'état de fortune du client ; cependant, il croit pouvoir statuer sur les points du tarif que voici :

1° Séjour prolongé par nécessité auprès d'un malade plus d'une demi-heure : double visite.
2° Visite avec électrisation : double visite.
3° Incision du tympan : 60 francs.
4° Incision de l'apophyse mastoïde : 10 fr.

L'assemblée adopte ensuite le mode de procédure suivant proposé par le Dr Péchadre pour les cas litigieux à venir :

1° Le médecin intéressé adressera au Président du Syndicat une lettre détaillée exposant son affaire.

2° Dans la quinzaine de sa réception, cette lettre sera communiquée au Bureau par le Président ; et, dans le mois, le médecin intéressé sera appelé à exposer verbalement ses griefs devant le Bureau convoqué à cet effet.

3° Le Bureau examine la question et décide si la demande doit être maintenue ou si elle doit être modifiée.

4° La constatation des faits n'est pas du domaine du Syndicat ; elle ne peut être ordonnée que par le tribunal.

5° Les frais judiciaires ou autres, dans ces litiges, restent à la charge du réclamant.

Consulté par le Dr Péchadre sur la question de savoir si l'extraction d'une dent de sagesse encastrée, nécessitant l'anesthésie chloroformique avec assistance d'un confrère justifie un taux d'honoraires de cent vingt francs, le Syndicat déclare que ce chiffre n'est pas exagéré, et autorise le Dr Péchadre à se prévaloir, dans ses revendications, de l'appui moral du Syndicat.

Le Dr Choquart présente un projet de fusion du Syndicat avec la Société de prévoyance des médecins de la Marne, ou du moins avec une portion de cette Société comprenant la région du Syndicat. Ce projet, en contradiction avec plusieurs points des règlements administratifs, n'est pas discuté en raison de l'heure avancée.

Le Secrétaire, EVRARD.

Syndicat médical des Deux-Sèvres.

Dans une réunion récente, le Syndicat médical des Deux-Sèvres a examiné les questions suivantes :

Loi sur l'exercice de la Pharmacie.

Des médecins de la campagne ont insisté sur ce point que le médecin doit avoir le droit de délivrer des médicaments en tout temps, à une distance de 4 ou 5 kilomètres de toute pharmacie, sans que le domicile du médecin intervienne en quoi que ce soit pour la distance.

Le Dr X... habite un bourg où il y a un pharmacien, il ne peut donc donner des médicaments qu'à 4 kilomètres. Mais le Dr Z... qui habite un hameau à 8 kilomètres du bourg précédent peut être appelé aux portes de ce bourg et comme dans son hameau à lui il n'y a pas de pharmacien, il se trouve hautement autorisé à délivrer des drogues à la barbe et au nez du médecin et des pharmaciens du bourg ; or pour le médecin de campagne, les médicaments sont chose d'importance, aussi nos confrères ruraux ont-ils insisté pour que l'on rayât l'urgence pour autoriser la délivrance des drogues.

— Plus loin (art. 12), nous avons pensé que la rédaction proposée par le Concours était trop large, et qu'il convenait de la réduire dans cette mesure.

« Les pharmaciens ne pourront délivrer sans ordonnance des médecins et sur demande de l'acheteur que les médicaments simples prévus à l'article 15 et dont la liste sera inscrite au Codex. »

Il est bien évident que permettre de vendre sans ordonnance les médicaments composés, c'est autoriser la libre vente de toute la pharmacopée, car le Codex ne prescrira pas tout et il sera toujours facile de tourner les décrets. Autant autoriser par écrit les pharmaciens à faire tout ce qu'ils voudront.

— Enfin nous ne craignons pas d'insister sur la disparition nécessaire du pharmacien de 2e classe. C'est lui qui chasse le médecin de campagne, c'est lui qui tue la médecine rurale et

nous avons des exemples de médecins qui ont été obligés de partir de leur village depuis qu'un pharmacien s'y était installé.

Hospitalisation des indigents.

Nous pensons que rien n'est plus funeste aux médecins et à l'Assistance publique que l'hospitalisation des gens pouvant payer.

Nous avons résumé cette impression dans ce seul article :

« Ne doivent être admis dans les hôpitaux et n'auront droit aux soins gratuits des médecins que les indigents inscrits sur les listes communales. »

Si les administrations hospitalières veulent adjoindre à l'hôpital des maisons de santé ; qu'il y ait un personnel à part et que tous les soins donnés par les médecins leur soient rétribués comme dans la clientèle.

Le secrétaire des séances, Dr A. Rouillaud.

REPORTAGE MÉDICAL

Une victime du devoir. — Le choléra qui sévit à Nantes avec intensité depuis quelques semaines, malgré le silence administratif, vient de faire une victime dans le personnel médical. *M. Léon Chupin*, interne à l'Hôtel-Dieu, est mort mardi dernier du choléra qu'il avait contracté en soignant les malades. Agé de 25 ans, et sur le point de terminer ses études médicales, il meurt victime de son dévouement. C'est, rempli de tristesse, que nous enregistrons cette mort au champ d'honneur.

— *Etudiantes en médecine.* — Il existe actuellement dans les facultés françaises, 129 étudiantes en médecine : 22 françaises, 95 russes, 4 roumaines, 2 anglaises, 2 serbes, 2 bulgares, 1 turque et 1 allemande.

Il existe également 2 femmes qui suivent les cours de la Faculté de droit, 29 aux Facultés des sciences, 249 aux Facultés des lettres, et 14 étudiantes en pharmacie.

— Le Congrès des médecins aliénistes a décidé, sur la proposition de M Brissaud, de s'adjoindre les neuropathologistes. Il prendra désormais le nom de *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.*

— *Le privilège de dernière maladie.* — La *Gazette médicale de Liège* rapporte le jugement suivant :

Le tribunal civil de Huy, jugeant en ce cas consulairement, vient de rendre une décision extrêmement intéressante en matière de faillite.

Le docteur Emile B..., de Liége, ainsi que les pharmaciens R..., et L..., de Huy, demandaient à être admis comme créanciers privilégiés au passif de la faillite de Mme X..., épouse séparée de biens de son mari, mort récemment. Ils réclamaient privilège pour frais de dernière maladie, et le curateur ne voulait les admettre au passif de la faillite que pour la moitié de leurs créances et encore à titre chirographaire.

Le tribunal a donné raison au curateur. Selon le jugement intervenu, le privilège des frais de dernière maladie n'existe qu'en faveur du failli seul, et non de sa famille. Cela résulte à toute évidence du texte même de l'article 19 de la loi hypothécaire, qui accorde le privilège aux frais funéraires en rapport avec la condition et la fortune du défunt et aux frais de dernière maladie (bien entendu du défunt).

Les privilèges sont d'ordre étroit et ne peuvent être étendus par analogie d'un cas à un autre ; ils doivent résulter de la loi et non de la convention ou de la volonté des parties.

Il importe peu que la faillie aurait consenti à payer le médecin de son mari, ce qui, d'ailleurs, n'a pas été établi à suffisance de droit.

Les trois créanciers susmentionnés ont été condamnés aux dépens, en proportion de leurs créances.

— *Augmentation du nombre des médecins militaires autrichiens.* — Il est question, et un projet est préparé, d'augmenter de 238 le nombre des médecins militaires en Autriche. Devant la commission de l'armée le ministre de la guerre a insisté sur la nécessité d'améliorer les conditions d'avancement des médecins militaires, tant pour prévenir les démissions que pour pouvoir confier la direction des services sanitaires, à des hommes dans la force de l'âge. Un député ayant demandé que les changements de garnison soient moins fréquents pour les médecins militaires le ministre a répondu que, laisser les médecins à poste fixe, c'était leur permettre de faire de la clientèle civile ; une clientèle de ce genre un peu étendue est incompatible avec leurs fonctions dans l'armée.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
Place de l'Ecole de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

Vient de paraître.

Guide pratique pour la préparation et l'injection des liquides organiques (Méthode de Brown-Séquard) ; par le Dr H. Melville, 4, rue Antoine-Dubois). Cartonné **cinq** francs. Net **4** fr. franco pour MM. les membres du Concours médical.

Pour aussi sceptique que l'on se montre vis-à-vis de la méthode Séquardienne, il n'en est pas moins vrai qu'il faut aujourd'hui compter avec elle. Journellement, les revues médicales donnent l'hospitalité dans leurs colonnes à quelque nouvelle communication sur la matière. En la circonstance, l'étranger a suivi le branle donné en France, et l'on peut dire, sans crainte d'exagération, que rarement méthode thérapeutique a joui d'une vogue aussi considérable que celle de Brown-Séquard. Tout médecin soigneux de sa réputation et de ses intérêts, sinon de ceux de sa clientèle, doit donc, à l'heure actuelle, être au courant des arcanes de cette alchimie spéciale dont la connaissance rend facile la préparation des divers liquides organiques. M. le Dr H. Melville, avec un talent d'exposition remarquable, a su, en des chapitres concis, mettre à la portée de tous les notions indispensables aux médecins qui ne voudront point se voir taxer d'ignorance par un public spécial de malades.

Le livre de M. Melville peut être divisé de la façon suivante :

Dans une première partie, l'auteur expose l'historique de la découverte, les recherches auxquelles elle a donné lieu, le résultat des expériences cliniques, ainsi que le mode d'action du liquide injecté. Une seconde partie est réservée à la technique des injections. Le lecteur y trouve exposées, dans tous leurs détails, la façon de préparer le liquide et de le conserver, la description des divers instruments auxquels on doit avoir recours, ainsi que leur mode d'emploi, en un mot, tout ce qui a trait à la pratique des injections. L'auteur n'a pas craint d'insister sur les manipulations, les doses, la fréquence des injections, la durée du traitement dans les diverses maladies.

L'étude du liquide testiculaire a été suivie de celle des différents liquides organiques dont l'emploi a été préconisé par différents auteurs. Tel est le cas de la transfusion nerveuse, du suc thyroïdien, de l'extrait pancréatique, de la néphrine, etc., etc.

Le livre de M. Melville est fort bien écrit, d'une clarté et d'une précision remarquables, comme il convient pour un ouvrage qui a la prétention justifiée d'être le memento indispensable de tous ceux que leur profession ou leurs recherches peuvent amener à la préparation des liquides organiques.

(*Progrès médical*, du 19 août 1893.)

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année | N° 36 | 9 Septembre 1893

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Observations à propos de l'élixir parégorique.

Nous avons publié dans notre dernier numéro (n° 35) un petit article sur l'élixir parégorique que nous reproduisons ici :

Un de nos confrères s'étonne que dans un de nos derniers articles, nous prescrivions parallèlement 30 gouttes de laudanum et 50 gouttes d'élixir parégorique. Ces deux doses, nous dit-il, ne se ressemblent pas le moins du monde ; car vingt ou trente gouttes de laudanum représentent au moins 0,05 centigr. d'extrait d'opium et cinquante gouttes d'élixir parégorique représentent 0,005 milligr. du même extrait.

Tout cela est erroné. 1° Nous n'avons jamais voulu dire que cinquante gouttes d'élixir parégorique remplacent trente gouttes de laudanum et leur sont équivalentes. Nous n'avons fait qu'indiquer les doses les plus convenables, sans nous occuper de la composition de chaque médicament. 2° Trente gouttes de laudanum représentent non pas 0,05 centigr., mais 0,075 milligr. du même extrait. D'ailleurs le dosage et la composition du laudanum est fort variable, l'opium brut qui entre dans sa composition n'étant pas toujours le même. 3° L'élixir parégorique ne contient pas 0,005 milligr. d'extrait d'opium par 50 gouttes, mais 0,05 centigrammes d'extrait par 20 gouttes. On n'emploie pas aujourd'hui le vieil élixir de Dublin, on se sert de la formule suivante de C. Paul :

Teinture d'extrait d'opium	60 gr.
Acide benzoïque	2 gr.
Teinture de cannelle	5 gr.
Vin de Madère	40 gr.
Essence d'anis	XXV gout.

Il nous faut faire observer à nos lecteurs que si dans une ordonnance, le médecin ne spécifie pas : *Elixir parégorique de C. Paul*, les pharmaciens ne le délivrent pas ainsi et donnent l'élixir parégorique de Dublin ou du codex, qui est formulé de la façon suivante :

Extrait d'opium	3 gr.
Acide benzoïque	3 gr.
Huile volatile d'anis	3 gr.
Camphre	2 gr.
Alcool à 60°	650 gr.

Or, *dix grammes* de cette teinture renferment 0,05 centigrammes d'extrait d'opium ; notre correspondant a donc raison sous ce rapport de dire que 50 gouttes renferment environ cinq milligrammes d'extrait d'opium. Mais ce n'est pas cette liqueur que nous avons conseillée dans l'*article sur les gastro-entérites* (n° 32 du *Concours médical*) ; c'est l'élixir parégorique de C. Paul, dont nous aurions dû donner la formule dans notre article. Il y a d'autant plus facilement confusion, que l'*Agenda Médical*, que nombre de praticiens ont entre les mains, ne donne pas la formule du codex et indique seulement deux élixirs parégoriques, celui de C. Paul et celui de New-York.

La formule de ce dernier est la suivante :

Opium	3,88
Acide benzoïque	3,88
Camphre	2,58
Essence d'anis	3 g.
Safran	2 g.
Alcool à 60°	946 g.

Conclusion : Il importe d'indiquer sur l'ordonnance, la nature de l'élixir parégorique que l'on prescrit, pour éviter toute confusion.

Le choléra de Nantes.

Comme nous le disions dans notre dernier numéro, au Reportage, malgré le silence administratif, malgré les paroles optimistes échangées il y a 3 semaines au Comité consultatif

d'Hygiène de France, le choléra est à Nantes et il a déjà fait *deux cents* victimes, dont un de nos malheureux confrères, M. L. Chupin, interne à l'Hôtel-Dieu. Cette épidémie est locale, je le veux bien ; mais pourquoi dire, avec satisfaction, que dans toute la France, la santé est parfaite et qu'il y a à peine quelques cas isolés ? Ce n'est pas la première fois qu'on se trompe. La ville de Nantes est d'une salubrité très relative, l'air y manque et le système d'égouts y est fort défectueux. La Loire et la Sèvre passent en pleine ville et leur écoulement est fort lent. Les immondices y séjournent longtemps et le curage est fait trop rarement.

Nous ignorons la qualité et la valeur des eaux destinées à la boisson.

Quoi qu'il en soit, il y a lieu d'agir énergiquement. Nantes est tout près de Paris avec le chemin de fer. Une grande responsabilité incombe aux pouvoirs publics.

Nouveau traitement du rhumatisme aigu.

M. *Bourget* (de Lausanne) communique à la Société Vaudoise de médecine le résultat de nombreuses expériences qu'il a faites relativement à l'absorption par la peau, sans frictions énergiques, de l'acide salicylique prescrit sous la forme d'une pommade dont on enduit simplement les grandes articulations, qu'on enveloppe ensuite de flanelle.

La difficulté était de trouver un véhicule qui entraînât rapidement l'acide salicylique dans le courant sanguin.

Voici quatre formules dans lesquelles l'acide salicylique est associé chaque fois avec un véhicule différent, et le résultat qu'elles donnent est plus ou moins rapide. L'urine est recueillie toutes les demi-heures, et on dose l'acide salicylique qu'elle contient en le transformant en tribromophénol :

1° Acide salicylique..... 10 grammes.
Glycérolé d'amidon... 90 —

Des traces d'acide apparaissent dans l'urine cinq heures après l'application de la pommade ; l'urine des vingt-quatre heures n'en contient que 0 gr. 003 à 0 gr. 005 milligrammes.

2° Acide salicylique..... 10 grammes.
Vaseline.............. 90 —

Des traces d'acide apparaissent au bout de deux heures ; l'urine des vingt-quatre heures en contient 0 gr. 06 à 0 gr. 08 centigrammes.

3° Acide salicylique..... 10 grammes.
Axonge............... 90 —

Au bout d'une heure, la réaction est déjà assez intense ; l'urine des vingt-quatre heures contient 0 gr. 10 à 0 gr. 24 centigrammes d'acide salicylique.

4° Acide salicylique......
Lanoline............. } ââ 10 grammes.
Essence de térébentine
Axonge.............. 80 —

Dès la première demi-heure, il se produit une forte réaction salicylique dans l'urine ; une vingtaine de dosages donnent, comme quantité passée dans les urines en vingt-quatre heures, de 0 gr. 20 à 0 gr. 84 centigr. d'acide.

Si, dans cette dernière formule, on remplace l'acide salicylique par le salol, ce n'est qu'au bout de quarante-huit heures d'application de la pommade, que l'on constate une légère absorption, due probablement à une dissociation du salol.

Or, depuis deux ans, tous les malades atteints de rhumatisme aigu entrés dans le service de M. Bourget, ont été traités exclusivement par la pommade salicylique d'après la quatrième formule : aucune autre préparation salicylée n'a été administrée à l'intérieur ; les résultats sont remarquables :

La *douleur* est supprimée dès les premières heures qui suivent l'application de la pommade; le *gonflement* diminue en général, dès le second jour ; la *fièvre* tombe complètement entre le troisième et le cinquième jour : enfin, jamais l'emploi de cette méthode n'est suivi d'accidents, comme on en observe avec les préparations salicylées données par la bouche.

Un avantage qui a également sa valeur, c'est l'*économie* considérable qu'on réalise dans le traitement.

La méningite tuberculeuse de l'adulte.

Nous complétons notre article sur la méningite et son diagnostic, par des extraits d'une clinique que le professeur Jaccoud faisait au moment même où nos lignes paraissaient :

M. Jaccoud décrit cinq différents types de début :

Dans un premier type, le début se fait brusquement par du délire, ressemblant complètement à du délire alcoolique. La mort survient en quelques jours dans le coma, après que le malade a ou non présenté des rémissions. Dans cette méningite à début brusque par le délire, il est un symptôme constant et fort utile : l'apyrexie complète.

Le deuxième a tout à fait les allures de la fièvre rémittente. Un tuberculeux qui supporte assez vaillamment ses lésions pulmonaires se plaint soudain de fièvre, de malaise, d'anorexie, de mal de tête. Il souffre ainsi quelques jours, puis il va mieux. Ce mieux dure deux ou trois jours et est interrompu par une rechute. Puis après une ou plusieurs de ces alternatives de mieux et de plus mal, la somnolence apparaît; elle fait vite place au coma et à la mort.

Dans un troisième type, le début est brusque; il s'annonce par quelque grand accident, une attaque épileptiforme, une aphasie survenant sans prodromes. La mort est généralement très rapide.

Le quatrième type, la forme latente de Wunderlich, serait presque impossible à diagnostiquer, si elle ne survenait presque toujours chez des tuberculeux avérés et déjà avancés. Le premier accident dans cette forme est le coma.

Enfin le cinquième type est extrêmement singulier. Il est impossible de ne pas croire à un catarrhe gastrique fébrile. L'amélioration qu'on obtient par un vomitif, un purgatif, confirme pleinement cette idée rassurante. Puis l'embarras gastrique revient. Ce n'est parfois qu'au bout de vingt jours qu'apparaissent les accidents nerveux. Le malade succombe presque toujours dans les quarante-huit heures qui suivent leur apparition.

En résumé, l'irrégularité thermique et la disproportion de la température et des symptômes

restent le meilleur signe de la méningite tuberculeuse chez l'adulte.

Traitement de l'impétigo.

D'après M. le Dr *Thibierge*, le traitement reconstituant, huile de foie de morne, sirop d'iodure de fer, sirop antiscorbutique, peut être utile chez les enfants lymphatiques; mais il s'adresse au tempérament du malade bien plutôt qu'à la maladie, contre laquelle il n'a le plus souvent pas d'effet appréciable.

Un traitement local suffit à guérir rapidement l'impétigo.

Il est indispensable de faire tomber les croûtes au moyen d'applications émollientes : cataplasmes de fécule de pomme de terre ou de poudre de graine de lin déshuilée, préparés autant que possible à l'eau boriquée, pulvérisations à l'eau tiède simple ou boriquée, enveloppement avec des compresses de tarlatane imbibées d'eau boriquée, d'infusion de camomille ou même simplement d'eau bouillie.

Une fois les croûtes tombées, on doit appliquer sur les surfaces que leur chute laisse à nu des pommades antiseptiques légères ou des emplâtres occlusifs : emplâtre de Vigo, emplâtre rouge de E. Vidal, mais il faut savoir que ces emplâtres sont quelquefois irritants, surtout chez les enfants, et qu'on est parfois obligé d'en cesser l'usage.

Les pommades qui méritent le plus d'être employées contre l'impétigo sont les suivantes :

Vaseline	30 grammes.
Acide borique	2 —
Oxyde de zinc	2 —
Acide salicylique	0 50 centigram.

M. Besnier emploie fréquemment la pommade suivante, qu'il fait appliquer sur de petits carrés de linge avec lesquels on recouvre les surfaces malades :

Emplâtre de Vigo... } Vaseline... }	àâ 15 grammes.

M. Dubreuilh a préconisé la pommade suivante :

Vaseline... } Axonge... }	àâ 12 grammes.
Oxyde de zinc	5 grammes.
Acide salicylique	0 50 centigram.
Acétate de plomb cristallisé	0 25 —

Vidal recommandait la pommade suivante :

Cérat	20 grammes.
Précipité jaune	0 50 centigram.
Huile de cade	1 gramme.

On a encore proposé de toucher chacun des points occupés par les croûtes avec un pinceau trempé dans l'huile de cade. L'odeur de cette substance est trop désagréable pour qu'on doive la recommander dans le traitement d'une affection aussi facile à guérir par des procédés plus simples.

Le traitement régulier des sujets malades est le meilleur moyen de prophylaxie de l'impétigo. Dans les agglomérations d'enfants, lorsque les sujets atteints sont en grand nombre, on devra veiller particulièrement à ce que toutes les lésions des parties découvertes soient oblitérées au moyen d'un emplâtre occlusif, et ceux chez lesquels les lésions sont très étendues doivent être éloignés jusqu'à guérison complète.

GYNÉCOLOGIE PRATIQUE

Les déviations utérines et leur traitement.

Il faut bien distinguer les déviations des déplacements de l'utérus. Par déplacements, on entend l'élévation ou l'abaissement de l'utérus (prolapsus utérin). Par déviations, on comprend les changements de direction de l'axe de l'utérus par rapport à la direction normale de l'axe du bassin, en dehors de toute compression physiologique de la vessie ou de l'intestin. C'est seulement de ce dernier sujet que nous nous occuperons aujourd'hui. Parmi les déviations de l'utérus, les unes sont dirigées en arrière, d'autres en avant, d'autres enfin latéralement ; ce sont les *rétrodéviations*, les *antédéviations* et les *latérodéviations*. Suivant que l'axe utérin est resté rectiligne ou s'est infléchi sur lui-même, on divise ces déviations en *versions* et en *flexions* ; mais en réalité, il n'y a là qu'une question de degré. La version indique un relâchement plus complet et plus grave des ligaments de suspension et des tissus de l'utérus ; la flexion est le premier stade de ce relâchement. Les déviations les plus fréquentes sont les *rétroversions* et *rétroflexions*, puis viennent les *antéversions* et *antéflexions*, qui ne sont que l'exagération de la direction normale en avant du fond de l'utérus. Quant aux *latéroversions* et *latéroflexions*, nous n'avons rien de bien spécial à en dire, si ce n'est qu'elles sont habituellement produites par la compression et le refoulement d'une tumeur abdominale sur l'utérus.

Une seule chose est importante en clinique, c'est de bien savoir reconnaître la nature d'une tuméfaction dure perçue dans un des culs-de-sac du vagin et de ne pas la prendre pour une périmétrite, alors que c'est simplement le corps utérin incliné. Généralement, on arrive facilement à ce diagnostic en remarquant que le cul-de-sac opposé est vide et remonté sensiblement, l'orifice du museau de tanche étant dirigé vers ce cul-de-sac vide.

I

LES RÉTRODÉVIATIONS UTÉRINES.

Les causes générales des déviations utérines sont les suites de couches mal conduites, ou simplement les grossesses mal soignées et trop nombreuses. L'élasticité et la résistance des ligaments de l'utérus et du tissu utérin sont fort variables suivant les femmes et l'on ne doit pas laisser au hasard le soin de suppléer aux insuffisances plus ou moins ignorées de la nature. Telle femme a eu dix ou douze couches sans accidents et s'est levée chaque fois le 8e ou le 9e jour, sans avoir à la suite la moindre déviation utérine. Telle autre femme a une déviation pour une seule grossesse et des relevailles de 12 à 15 jours.

La métrite chronique est une grande cause de déviation utérine, mais non pas la seule, comme le croyait Martineau. Enfin, les habitudes de négligence qu'ont certaines femmes pour vider

leur vessie, en maintenant presque constamment cet organe à l'état de plénitude, favorisent le refoulement de l'utérus en arrière. Nous ne parlerons que pour mémoire des tumeurs abdominales, qui compriment l'utérus et le repoussent contre le rectum.

Les symptômes principaux qui attirent l'attention du médecin sur l'utérus sont assez vagues. Le plus souvent, les malades accusent des douleurs dans le bas-ventre, des pesanteurs dans une des deux fosses iliaques, du ballonnement et de la constipation opiniâtre. Les unes perdent en blanc, les autres non ; le plus fréquemment, les menstrues sont un peu irrégulières, mais surtout très douloureuses, accompagnées de coliques ; la grossesse est possible, mais elle aboutit généralement à un avortement.

En même temps, on observe quelques phénomènes à distance, des névralgies sciatiques, crurales, intercostales, dentaires même, des troubles dyspeptiques, gastralgiques, des vertiges, des troubles intellectuels et moraux, de la difficulté dans la marche. Comme l'a montré M. Chéron, de Saint-Lazare, tout relâchement de l'appareil ligamenteux utérin et toute déviation s'accompagnent fréquemment de phénomènes de neurasthénie, particulièrement du côté du tube digestif et de l'intelligence.

A l'examen de l'utérus par le toucher, voici ce que l'on constate : le col est déplacé et le cul-de-sac postérieur est peu profond, mais très agrandi ; le doigt tombe directement sur le corps de l'utérus, dur et résistant, occupant le cul-de-sac, un peu douloureux à la pression ; le col est difficile à atteindre, le museau de tanche refoulé en avant, en haut, contre la symphyse et la paroi antérieure du vagin, est un peu abaissé près de la vulve. Le toucher rectal permet de se rendre compte, surtout en le combinant avec la palpation abdominale, que le fond de l'utérus fait saillie dans le rectum et en obstrue presque complètement la lumière. L'introduction du spéculum et l'accrochement du col sont assez difficiles et quelquefois douloureux.

Quant l'utérus est en rétroflexion, le diagnostic n'est possible que par le toucher et l'examen direct, les phénomènes de compression et les troubles subjectifs étant sensiblement les mêmes que dans la rétroversion. Le col est encore déplacé, moins cependant que dans la rétroversion. Le cul-de-sac postérieur est rempli par le corps de l'utérus, mais le corps fait avec le col un angle à sinus postéro-inférieur. Une rainure plus ou moins profonde sépare le col du corps utérin. On peut obtenir la sensation d'un mouvement de sonnette en entraînant avec le doigt alternativement en arrière et en avant, le col de l'utérus. On a la sensation d'un corps placé à l'extrémité d'un levier coudé, qui suit les mouvements imprimés au col utérin. Le rectum est obstrué comme dans la rétroversion. Nous rejetons absolument pour la constatation de la version ou de la flexion de l'utérus l'emploi de l'hystéromètre. Cet instrument est non seulement inutile, mais nuisible ; car outre les dangers d'infection intra-utérine auxquels il expose, parce qu'on prend trop peu de précautions pour le désinfecter, il peut facilement pénétrer dans le tissu utérin ramolli par la métrite et, si on le pousse un peu brusquement, croyant être dans la cavité utérine, on arrive à perforer la paroi antérieure ou le fond.

Le traitement des rétrodéviations nécessite un examen bien attentif des culs-de-sac vaginaux, de la résistance des parois du vagin, de la mobilité relative de l'utérus, des adhérences voisines.

Pour cela un examen au spéculum est indispensable et le toucher doit être pratiqué dans la position genu-pectorale et dans le décubitus latéral de Sims. Si la mobilité est considérable, et si les parois ont de la solidité, les *pessaires* seront d'une véritable utilité quoi qu'en disent nos chirurgiens atteints du *prurigo secandi*. Le pessaire de Hodge, courbé en S, le pessaire de Gaillard-Thomas, celui de Smith et celui de Cutter sont d'excellents moyens de contention et leur application suffit souvent pour calmer les douleurs, les crises de dysménorrhée et les névralgies réflexes. Il suffit de bien laver le vagin tous les jours avec une bonne irrigation d'eau boriquée chaude ou d'eau naphtolée, de retirer le pessaire tous les deux ou trois jours, de le bien nettoyer et de l'enduire de vaseline boriquée, pour assurer une asepsie suffisante des voies génitales. Il en est des pessaires, comme des bandages ; ce sont des moyens de contention et rarement de guérison : il faut les porter sans interruption, ne les appliquer qu'après une bonne *réduction*, c'est-à-dire après avoir bien ramené l'utérus en place au moyen d'un ou deux doigts introduits dans le vagin et du palper abdominal, ce qui exige, on le comprend, une mobilité suffisante de l'utérus. De même que pour le bandage herniaire, si on quitte le pessaire subitement, l'utérus peut reprendre brusquement sa position vicieuse et même cette position peut devenir pire que la première ; par exemple, il peut se mettre en rétroversion au lieu de rester en rétroflexion. Est-ce à dire pour cela, qu'on ne doive plus appliquer le moindre pessaire ? Les bandages sont gênants, même plus que les pessaires ; n'en applique-t-on cependant pas toujours ? et les hernieux se font-ils tous opérer ? Tous les praticiens ne sont pas des Terrier ou des Lucas-Championnière ; tous n'opèrent pas et ne peuvent pas opérer. Vont-ils donc tous envoyer leurs hernieux ou leurs clientes atteintes de déviation utérine, aux chirurgiens ? Non, évidemment, et beaucoup de malades ne s'y soumettraient pas. Pourquoi ne pas tenter les moyens doux et à la portée de tous avant les procédés radicaux ?

La chirurgie a, il est vrai, fait de grands progrès en ce qui concerne le traitement des rétrodéviations. Depuis l'époque où germa dans le cerveau d'*Alquié* l'idée de faire une opération rationnelle de redressement utérin, et où *Alexander* la pratiqua pour la première fois (1883), on est arrivé à de nombreux perfectionnements qui donnent à l'opération une quasi-précision mathématique.

On sait que l'utérus est maintenu dans sa position par 4 moyens : 1° le vagin et le périnée 2° les ligaments larges péritonéaux ; 3° les ligaments falciformes utéro-sacrés ; 4° les ligaments ronds inguinaux : ces derniers le maintiennent en avant ; s'ils se relâchent, l'utérus tombe en arrière ; donc en les resserrant, c'est-à-dire en les raccourcissant, on doit ramener

l'utérus en avant ; tel est le principe de l'opération d'Alquié-Alexander.

Manuel opératoire de l'Alexander. — Pour l'exécuter après avoir soigneusement désinfecté, savonné, brossé les deux régions inguinales et rasé le mont de Vénus, on trace une ligne de chaque côté, joignant l'épine pubienne à l'épine iliaque antérieure et supérieure. Immédiatement en dehors de l'épine pubienne et dans la direction de la ligne, on incise sur une longueur de 4 à 5 centimètres la peau, la graisse, le tissu cellulaire en se méfiant des branches de l'épigastrique, puis on arrive sur les fibres nacrées obliques en bas et en avant du grand oblique. On dépose le bistouri, on recherche en dedans de la plaie, sous les fibres écartées du grand oblique un petit peloton graisseux et un orifice ; c'est le canal inguinal, orifice externe. On amène avec un crochet mousse le paquet vasculo-nerveux qui le parcourt et on isole chaque organe jusqu'à ce qu'on ait bien isolé le ligament rond. Ceci fait, on le saisit avec une pince, et on passe à l'autre côté. L'opération est la même. Les deux ligaments étant saisis, on s'assure par le toucher vaginal que la traction en avant des ligaments ramène bien l'utérus en position normale, après avoir réduit la rétroversion ou la rétroflexion, on marque la longueur des ligaments qui devra être supprimée et, après un nettoyage soigné des mains, on prend successivement chaque ligament, on *en noue* l'extrémité au niveau marqué, autour du pilier antérieur inguinal (Segond) et on la fixe par de solides sutures au catgut. On résèque l'excédent et on suture la plaie au crin de Florence. La réunion doit se faire par première intention pour que l'opération soit bonne. Au bout de quinze jours, la malade se lève avec une ceinture abdominale légère et un tampon utérin. Un pessaire bien appliqué peut même être très utile pendant un mois ou deux, comme un bandage provisoire dans le cas de cure radicale de hernie.

M. Terrier pratique souvent une opération qu'il prétend plus sûre que l'Alexander, c'est *l'hystéropexie abdominale*, qui consiste à ouvrir le ventre sur une petite étendue, à aller chercher l'utérus, à passer deux ou trois points de suture avec de la soie plate résistante dans le tissu de sa face antérieure et à les fixer dans la paroi musculaire abdominale, le plus haut possible. L'hystéropexie, plus délicate que l'Alexander, nous paraît surtout efficace dans la rétroflexion, car elle permet de donner une solidité presque à toute épreuve, à l'utérus placé en bonne position. Ces opérations n'entravent pas la menstruation et favorisent souvent la grossesse, comme le prouvent bon nombre d'observations (Thèse de J. Warde, Paris 1893).

II

LES ANTÉDÉVIATIONS UTÉRINES.

Nous serons plus brefs sur les déviations antérieures de l'utérus ; car elles sont moins pénibles et aussi plus faciles à corriger dans bien des cas, car elles sont généralement moins complètes que les rétrodéviations, étant donné le plan osseux de la symphyse qui les limite. Les causes sont du même ordre que celles des rétrodéviations ; toutefois il faut y ajouter la disposition anatomique spéciale de l'utérus qui est en légère antéversion normalement chez les femmes et en légère antéflexion normalement chez les petites filles (Velpeau, Piochaud). Aussi voit-on l'antéversion et l'antéflexion même chez les jeunes filles.

Les tumeurs abdominales provoquent aussi l'antéversion par compression.

Les symptômes ne sont pas aussi accusés que dans les rétrodéviations. Ce sont toujours des douleurs dans le bas-ventre, dans les aines, des pesanteurs, surtout *des envies fréquentes d'uriner, des menstrues très douloureuses et très irrégulières*, pas ou peu de constipation, enfin une stérilité opiniâtre. On observe généralement aussi des troubles gastralgiques, dyspeptiques, des névralgies tenaces, des pesanteurs dans les jambes et les cuisses.

Au toucher, on s'aperçoit que le vagin est augmenté de profondeur. En avant on sent contre la paroi antérieure du vagin, une masse dure aplatie, masquant jusqu'au cul-de-sac antérieur toutes les dépressions de la muqueuse ; c'est le corps de l'utérus. Au fond, en haut et en arrière on trouve le col et l'orifice du museau de tanche, difficile à accrocher. Par la palpation abdominale, on arrive facilement à sentir le fond du corps utérin, au-dessus des pubis. Par le rectum, on arrive plus aisément à sentir le col et son orifice.

Le spéculum est fort difficile à introduire, le col est très loin et ne peut être vu que sur sa lèvre antérieure. L'emploi de la sonde est déplorable.

Quand il y a antéflexion, le col n'est pas toujours déplacé ; mais quelquefois aussi il est fléchi en avant comme le corps, faisant ainsi un angle aigu ouvert en bas avec le corps. Le cul-de-sac antérieur est rempli par le corps utérin, tumeur dure et peu mobile, presqu'insensible. Le cul-de-sac postérieur a une profondeur exagérée. Par le toucher rectal et la palpation abdominale, on ne trouve pas le corps de l'utérus contre la paroi rectale antérieure, comme il doit s'y trouver normalement. Dans le diagnostic, il faut avoir soin de tenir compte de la vacuité ou de la plénitude de la vessie, de la consistance et de la sensibilité de la tumeur du cul-de-sac antérieur, qu'on pourrait confondre avec une périmétrite ou une pelvi-péritonite. Un fibrome de la paroi antérieure de l'utérus peut en imposer pour une antéversion ou une antéflexion. Mais le poids même de l'utérus, perçu et jugé par un petit mouvement de bascule fait avec l'extrémité du doigt sur le col, permet de se rendre compte de la présence du fibrome. D'autre part, on sent l'utérus en arrière contre la paroi rectale antérieure ; la malade a de plus généralement de fortes métrorrhagies dans le cas de fibrome.

Le traitement doit, comme pour les rétrodéviations, être basé sur la mobilité de l'utérus et sur l'examen des adhérences péri-utérines. Quand l'utérus est suffisamment mobile, on le réduit, on le remet en place, au besoin sous le chloroforme, et on maintient la réduction au moyen d'un anneau pessaire de Dumontpallier, ou d'un simple tampon glycériné introduit dans le cul-de-sac antérieur. De plus, on recommande à la malade, d'aller souvent à la selle et d'uriner le plus rarement possible, de façon à maintenir

la vessie dans un état de plénitude suffisant pour remplir le rôle d'un ballon de Petersen, c'est-à-dire pour refouler l'utérus en arrière (Piorry). Il faut enfin maintenir le bas-ventre avec une ceinture légère, étroite, munie de sous-cuisses et d'une petite pelotte dure en forme de haricot, appuyant bien directement sur le fond de l'utérus, au-dessus de la symphyse pubienne.

Il est absolument indispensable de s'assurer que les annexes et le tissu cellulaire péri-utérin ne sont pas enflammés pour mettre un pessaire.

Dans le cas où il y aurait une inflammation péri-utérine, il faudrait imposer le repos absolu dans le décubitus dorsal, des injections antiseptiques très chaudes, et appliquer tous les 2 jours un tampon glycériné. Après quoi on applique une ceinture abdominale avec la pelote compressive.

Dr Paul Huguenin.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Réorganisation de l'Enseignement médical.

Nous avons précédemment donné le rapport de M. le Doyen Brouardel sur la nécessité de cette réorganisation ; il est intéressant de le faire suivre du rapport présenté au Conseil supérieur de l'Instruction publique par M. Darboux sur l'institution du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Nous ferons remarquer d'ailleurs que ces deux rapports spéciaux ont à eux seuls formé le rapport présenté au Président de la République par le Ministre de l'Instruction Publique comme préambule aux Décrets de réorganisation.

Rapport de M. Darboux sur le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

La commission que vous aviez chargée d'examiner le projet de décret relatif au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles a dû attendre, pour commencer ses travaux, les décisions d'une autre commission, celle à laquelle était confié l'examen des projets relatifs aux études médicales. Le président de cette commission nous ayant fait connaître qu'à l'unanimité elle adoptait, avec quelques changements de détail, le projet de décret soumis à son examen, qu'elle proposait de réorganiser les études médicales conformément aux vœux répétés des facultés de médecine et qu'elle réclamait l'organisation préalable, en dehors de ces facultés, d'un enseignement des sciences physiques, chimiques et naturelles capable de donner aux futurs médecins les notions de ces sciences, tant théoriques que pratiques, qu'ils doivent nécessairement posséder pour aborder avec fruit les études médicales proprement dites, notre tâche se trouvait nettement définie. Nous avions à nous demander quelle serait la meilleure organisation de cet enseignement, où il fallait le placer pour qu'il pût produire les meilleurs résultats.

L'examen détaillé de cette question nous a conduit à accepter avec des modifications insignifiantes le projet qui nous était renvoyé. Pour entraîner votre conviction, le rapporteur n'aura qu'à mettre sous vos yeux un résumé de la discussion très complète qui a eu lieu dans le sein de la commission.

Nous avons dû nous demander d'abord quelle devait être la nature du nouvel enseignement.

La réponse à cette question nous était indiquée par les termes mêmes dans lesquels elle nous était posée. Dans le projet qui vient de vous être rapporté et que vous avez approuvé, les facultés de médecine se réservent de la manière la plus complète l'étude des applications des sciences physiques et naturelles aux diverses branches de l'art de guérir ; mais elles réclament des étudiants initiés déjà aux éléments de ces sciences.

L'enseignement nouveau doit donc être avant tout un enseignement général et non pas un enseignement d'application.

Mais comme le médecin n'est pas un théoricien, mais un homme de pratique, le nouvel enseignement doit être, en même temps que théorique, pratique et expérimental. C'est dans les laboratoires, au contact du maître, et non dans le livre, que l'élève acquiert une connaissance véritablement vivifiante des sciences expérimentales.

Pour qu'il puisse avoir au plus haut degré ce double caractère indispensable, pour qu'il soit à la fois général et pratique, où convient-il de placer cet enseignement ? Deux solutions seulement pouvaient être examinées : la première consistait à le placer dans les lycées et collèges ; l'autre, dans les facultés des sciences.

En faveur de la première de ces solutions, un de nos collègues a fait valoir les raisons suivantes :

L'attribution de l'enseignement nouveau aux lycées et collèges peut seule maintenir l'équilibre du plan d'études secondaires si sagement organisé en 1890. Ce plan d'études comprend un examen de rhétorique commun à tous, sanction nécessaire des études littéraires ; puis, au-dessus de la rhétorique, il devait comprendre trois examens distincts, correspondant aux besoins et aux aptitudes des élèves, lettres, philosophie, lettres mathématiques, et une troisième série que l'on avait promis d'organiser : lettres, sciences physiques et naturelles.

Le baccalauréat lettres mathématiques convient surtout aux élèves qui se destinent aux écoles. On n'y a fait qu'une part restreinte aux sciences physiques, et l'on n'y a pas introduit de sciences naturelles. Il résulte de là que, si l'on n'organise pas le baccalauréat ès sciences physiques et naturelles, le plan d'études restera incomplet et les programmes des études secondaires demeureront sur ce point inférieurs à ceux des écoles normales primaires.

Ce baccalauréat, qu'on n'a pas encore organisé, ne devait pas répondre aux seuls besoins des futurs etudiants en médecine ; il convenait aussi à tous ceux qui n'ont pas besoin d'une culture mathématique très développée, fils d'industriels et d'agriculteurs, et à tous les jeunes gens que leurs aptitudes et leurs goûts portent vers les sciences physiques et naturelles.

Le projet de décret laisse ces dernières sciences, au point de vue de l'enseignement secondaire, dans un état de faiblesse et d'infériorité que l'on ne peut concevoir quand on pense à l'importance qu'elles ont prise dans nos sociétés. Au lycée, on n'enseigne l'histoire naturelle que dans la classe de philosophie et encore d'une manière très élémentaire. A quoi servait-il alors de fonder une agrégation des sciences naturelles ?

Le projet de décret constitue un empiètement regrettable de l'enseignement supérieur sur l'enseignement secondaire, parce que les études que l'on veut organiser dans les facultés des sciences ne peuvent être que secondaires, étant donné, l'instruction scientifique des jeunes gens qu'on y appelle. Tout enseignement supérieur a besoin d'une base solide ; c'est l'enseignement secondaire qui doit l'établir.

L'enseignement secondaire a pour but de faire la discipline de l'esprit pour chaque ordre de sciences. Cette discipline de l'esprit s'obtient par la classe et par le devoir, par le contact du professeur et de l'élève. Dans les facultés, le contact ne pourra être obtenu au même degré, par suite du nombre trop grand des élèves, qui pourraient être répartis d'une manière plus utile dans les divers

établissements de l'enseignement secondaire. Pourquoi l'année de sciences physiques et naturelles n'a-t-elle pas produit de meilleurs résultats dans les facultés de médecine ? Parce que les élèves y étaient trop nombreux. Il en sera de même dans les facultés des sciences.

D'autre part, croit-on que les familles accepteront avec faveur le régime proposé ? Non pas seulement parce qu'il soustraira trop tôt les jeunes gens à l'influence si bienfaisante et si nécessaire des lycées, mais parce qu'il augmentera les sacrifices pécuniaires qu'elles auront à faire. A ce point de vue, le projet n'est pas démocratique.

Au point de vue financier, le projet est aussi désavantageux. C'est dans l'enseignement secondaire que l'enseignement projeté pourrait être organisé à moins de frais. Un certain nombre de professeurs n'atteignent pas le maximum d'heures de service qui leur est imposé par les règlements. En complétant leur service, en attribuant aux autres des heures supplémentaires, la dépense serait minime.

Ce personnel est tout prêt. Il demande l'enseignement en question, parce qu'il sent qu'il peut s'en acquitter à son honneur et parce qu'il sent aussi que la tâche qui lui est laissée aujourd'hui n'est pas en rapport avec les grades que l'on exige de lui. Aurait-on de la défiance à son endroit ? Les résultats qu'il obtient dans la préparation aux écoles suffiraient à répondre.

Ce projet est donc nuisible à l'enseignement secondaire parce qu'il décapite une de ses branches les plus importantes et aussi parce qu'il lui refuse une arme puissante contre la concurrence qui lui est faite. Beaucoup d'élèves de l'enseignement libre viennent chercher l'enseignement scientifique dans les lycées. Y organiser l'enseignement des sciences physiques, ce serait fournir à nos établissements un nouveau moyen de propagande universitaire.

Enfin le projet de décret est une première brèche à l'enseignement secondaire. N'est-il pas à craindre que plus tard on n'en fasse d'autres ? Ne songera-t-on pas à transporter dans les facultés les classes de mathématiques spéciales et de philosophie ?

Telles sont, résumées aussi fidèlement et aussi complètement que possible, les observations présentées en faveur de la première solution.

Avant d'aborder les raisons invoquées en faveur de l'autre solution, il importe de relater un certain nombre d'observations et de déclarations préjudicielles.

Tout d'abord, il ne s'agit en aucune façon de décapiter l'enseignement secondaire. Pour le décapiter, il faudrait lui enlever quelque chose. Or, que lui enlève-t-on ? Rien. Où sont les élèves en question ? Dans l'enseignement supérieur. On propose simplement de les faire passer de la faculté de médecine à la faculté des sciences. Elèves de l'enseignement supérieur, ils restent élèves de l'enseignement supérieur,

On ne saurait donc parler de brèche faite à l'enseignement secondaire. Par suite, la crainte exprimée au sujet des classes de philosophie et de mathématiques spéciales est chimérique. D'ailleurs, sur ce point, l'administration a fait les déclarations les plus nettes et les plus énergiques. Non seulement elle n'a jamais songé à transporter les classes de philosophie et de mathématiques spéciales des lycées aux facultés, mais elle a déclaré qu'un tel projet serait une véritable folie, plus dangereuse pour l'enseignement supérieur que pour l'enseignement secondaire lui-même.

Il ne s'agit pas davantage d'abaisser pour les futurs étudiants en médecine l'âge auquel ils passent des lycées dans l'enseignement supérieur. Cet âge sera demain ce qu'il était hier. C'est seulement une fois leurs études secondaires terminées, une fois la philosophie faite, une fois bacheliers, que les jeunes gens seront admis à la faculté. La seule différence est, pour la première année, une différence de lieu, faculté des sciences et non plus faculté de médecine ; ce n'est pas une différence d'âge.

Il ne s'agit pas davantage d'augmenter les dépenses des familles. En fait, votre commission de médecine l'a établi de la manière la plus probante, la durée des études ne sera pas accrue. Je ne saurais mieux faire que de m'en référer sur ce point à ce que vous venez d'entendre.

Enfin, il ne s'agit pas non plus de contester la compétence des professeurs de l'enseignement secondaire. Elle est hors de cause comme elle est hors de contestation. Presque tous les professeurs de faculté ont été professeurs de lycée ; il s'en souviennent et s'en honorent. A leurs yeux, l'enseignement public est un et il ne peut y avoir entre les divers ordres d'enseignement d'autre rivalité que celle du bien public.

Ces remarques faites, nous pouvons aborder les arguments qui ont déterminé l'adhésion de votre commission.

La vraie question, l'unique question, est d'organiser le nouvel enseignement dans les conditions les plus favorables à son succès, à l'intérêt des études et au bien du pays.

Pour la résoudre, ce n'est pas par définitions abstraites qu'il faut procéder. Où commence l'enseignement secondaire, où finit-il ? Où commence l'enseignement supérieur ? On peut faire à ces questions des réponses théoriques différentes. D'une manière générale, comme l'a fait remarquer un de nos collègues, ce qui caractérise l'enseignement supérieur, ce ne sont pas les matières enseignées, ce sont les méthodes. Des matières fort élémentaires seront légitimement un objet d'enseignement supérieur, si elles sont enseignées par ces méthodes qui apprennent à l'élève à se rendre compte par lui-même. Or, tel doit être le caractère de l'enseignement que nous demandent les facultés de médecine. Elles réclament des étudiants qui à des connaissances théoriques joignent une certaine pratique des expériences et des manipulations, c'est-à-dire des procédés qui seuls apprennent à se rendre compte des phénomènes, à les vraiment comprendre.

D'ailleurs, dans ces sortes de questions ce ne sont pas seulement les idées théoriques, ce sont surtout les faits qui doivent nous guider. On juge les choses par leurs résultats ; on ne peut prévoir les résultats que par les faits.

Recherchons donc d'après les faits, de quel côté, lycée ou faculté des sciences, il y a lieu d'attendre les meilleurs résultats.

On pourrait prétendre tout d'abord que l'organisation nouvelle serait limitée à quelques lycées, un par académie, à celui qui est voisin de la faculté des sciences, de la faculté ou de l'école de médecine.— Cette solution serait impraticable. Il y a environ 1,200 élèves de première année dans les facultés de médecine ; sur ce nombre 7 à 800 au moins sortent des lycées et collèges de l'Etat. Les répartir comme il vient d'être dit serait avoir dans chacun des lycées choisis, sauf Paris où il pourrait y en avoir plusieurs, des groupes de 60, de 80 et même de 100 élèves. Sans rechercher si ce serait un bien pour la discipline générale de ces lycées, où seraient les laboratoires pour un si grand nombre d'élèves ? Ils n'existent pas et on ne pourrait les construire. On en viendrait peut-être, comme il a été suggéré, à emprunter ceux des facultés des sciences.

Mais il ne serait pas possible de limiter le nouvel enseignement à quelques lycées. Fatalement on serait promptement conduit à le mettre partout, dans les collèges aussi bien que dans les lycées. Faut-il rappeler l'exemple des classes de mathématiques spéciales au nombre de 47, des préparations particulières à Saint-Cyr au nombre de 67 ? Ces chiffres excessifs sont là pour prouver que l'administration est souvent forcée d'aller bien au delà de ce qui serait nécessaire. Pour le nouvel ensei-

gnement elle serait moins libre encore. En le déclarant partie intégrante de l'enseignement secondaire, d'avance on justifierait toutes les réclamations des familles. Et ces réclamations se produiraient partout, car les futurs étudiants en médecine sont disséminés partout, dans les collèges autant que dans les lycées. Et puis, sans parler des rivalités locales et de l'action inévitable des influences, il y a la concurrence des établissements libres. Là où l'Etat refuserait d'avoir dans ses lycées et dans ses collèges la préparation à la carrière médicale, l'enseignement libre l'organiserait dans sa maison. Et l'Etat serait bien forcé d'en faire autant.

Nous avons vu ce que devait être cet enseignement nouveau.

Voyons ce qu'il pourrait être daus ces conditions.

Pour qu'il soit sérieux, il faut, avons-nous dit, qu'il soit, en même temps que théorique, pratique et expérimental. Or, dans les lycées les locaux manquent pour les laboratoires. Pour les créer, la dépense serait considérable et hors de proportion avec les résultats.

Le matériel fait également défaut. Il y a bien dans chaque lycée un cabinet de physique, mais il y manque l'outillage à mettre aux mains des élèves pour les manipulations de physique, de chimie, d'histoire naturelle. Cela; il faudrait le créer de toutes pièces. En évaluant la dépense à 60,000 fr. par lycée, chiffre minimum et probablement insuffisant, ce serait au total, et sans parler des locaux, une première mise de fonds de plus de 6 millions. Et l'on ne compte pas les collèges.

Le personnel des professeurs n'est pas assez nombreux. Faire état des heures dues par chaque professeur sur son maximum de service, et d'heures supplémentaires, qui lui seraient attribuées, serait un expédient néfaste ; car, suivant une parole expressive employée dans la commission, ce serait constituer l'enseignement nouveau avec des « rognures ». Il faudra donc créer des emplois de professeurs à peu près dans tous les lycées, toujours sans parler des collèges.

Avec des professeurs, et autant que des professeurs, il faut des chefs de travaux compétents.

Il n'en existe pas dans les lycées. Deux au moins seraient nécessaires dans chaque établissement ; un pour la physique et la chimie, un pour l'histoire naturelle. Ce serait donc plus de deux cents emplois nouveaux toujours sans parler des collèges.

Il faut aussi des préparateurs. Il y en a dans les lycées, mais en nombre tout à fait insuffisant : 2 dans les grands lycées de Paris. 1 dans les autres ; 25 à 30 en province, où la fonction est le plus souvent remplie par un répétiteur. De plus, ces préparateurs ne sont pas spécialisés ; ils sont également pour la physique, la chimie, l'histoire naturelle. Cela suffit avec la nature de leur travail actuel. Mais ce serait insuffisant pour une bonne organisation de travaux pratiques qui exigent des spécialistes. Ce serait donc encore au minimum 200 nouveaux emplois, toujours sans parler des collèges.

Enfin, il faudrait assurer les dépenses matérielles des travaux pratiques dans chaque établissement. De ce chef la dépense serait considérable.

D'après les chiffres très précis soumis à la commission, la dépense annuelle, en dehors des frais de premier établissement, ne s'élèverait pas à moins de 1 million et demi, rien que pour les lycées. A ce compte, déduction faite des frais d'études, chaque élève coûterait à l'Etat plus de 20,000 fr. par an.

En présence de ces chiffres qui n'ont rien d'exagéré, si l'on veut une bonne organisation des études, il est probable que cette organisation ne se ferait pas. Il est plus probable que les choses se passeraient de la façon suivante :

On se bornerait à quelques créations d'emplois ; on demanderait aux professeurs un complément ou un supplément de service ; on limiterait les travaux pratiques à de rares exercices, aux moins coûteux ; l'enseignement ne recevrait pas le caractère pratique et expérimental qu'il doit avoir, il serait donné au tableau noir au lieu de l'être surtout au laboratoire. Et le résultat, c'est qu'on aurait recommencé, à peu de chose près, l'histoire du baccalauréat restreint, condamné depuis longtemps ; c'est qu'on n'aurait pas donné aux facultés de médecine ce qu'elles sont en droit d'attendre ; c'est qu'on aurait stérilisé un germe, qui peut et doit être fécond.

Il serait inutile de compter sur les jurys d'examen pour faire prendre aux choses une meilleure tournure. Quand il s'agit d'une école où l'on entre par concours, la concurrence élève le niveau. Quand il s'agit d'un examen proprement dit, il en est autrement. Ce n'est pas par le programme, ce n'est pas par la sévérité des examinateurs, c'est par la force ou la faiblesse moyenne des candidats que s'établit le niveau moyen des études.

Examinons maintenant l'autre solution, celle qui consiste à placer le nouvel enseignement dans les facultés des sciences.

Vous savez quelles transformations profondes se sont accomplies depuis vingt ans dans ces établissements.

Partout, leurs locaux ont été rebâtis et agrandis; elles ont maintenant, pour tous les ordres de sciences expérimentales, de vastes laboratoires. Si quelque part, ils sont encore trop petits, le remède sera facile. Pour une faculté ce n'est pas comme pour les lycées qui ne peuvent s'agrandir que par l'acquisition de terrains et la construction de bâtiments contigus. Un baraquement suffit sur un terrain plus ou moins voisin. Et ce n'est pas nous, professeurs des facultés de Paris, qui pourrions oublier les services qu'ont rendus à l'enseignement supérieur les baraquements et les salles Gerson.

Pour le matériel il existe partout complet, admirable.

Le personnel des maîtres ? Sans doute il faudra l'augmenter. Mais cette augmentation sera faible en comparaison de celle que nous examinions tout à l'heure.

Le personnel des chefs des travaux et des préparateurs ? Les facultés l'ont habile, expérimenté. Elles ont mis quinze ans à le former. S'il faut en augmenter les cadres, la dépense sera minime par rapport à ce qu'elle serait dans les lycées et les collèges.

Enfin, elles sont largement dotées en ce qui concerne les frais annuels de laboratoires et de travaux pratiques.

D'après les évaluations soumises à la commission, l'augmentation des dépenses ne dépassera pas l'augmentation des recettes.

Au point de vue intellectuel, les facultés des sciences sont pleinement en mesure, et mieux que qui que ce soit, d'assurer cette discipline de l'esprit, en vue d'un ordre particulier de sciences que celui de nos collègues qui proposait de placer le nouvel enseignement dans les lycées estimait à bon droit nécessaire. Une telle discipline résulte moins en effet de la leçon du maître que de son contact, et de l'atmosphère dans laquelle vit l'étudiant. Or, ceux des professeurs de faculté qui sont voués aux sciences expérimentales vivent dans leurs laboratoires avec leurs auxiliaires, en communication constante avec leurs élèves. Dans ces laboratoires, les élèves sont pour ainsi dire enveloppés par la science ; ils en manient les appareils ils les voient en action ; tout leur parle d'elle, les choses aussi bien que les maîtres. C'est là seulement qu'on peut vraiment s'imprégner de son esprit et le comprendre pleinement.

Au reste, nous avons plus et mieux que des espérances et des promesses. L'administration a pensé que dans une pareille matière une expérience était inutile. Avec l'assentiment de votre section permanente, elle a réalisé cette expérience à Toulouse. Voilà trois ans déjà que dans cette ville les étudiants en médecine de première année reçoivent l'enseignement des sciences physiques, chimiques et naturelles à la faculté des sciences. L'ex-

périence a réussi ; les résultats sont des plus satisfaisants. Les doyens de la faculté de médecine et de la faculté des sciences ont chargé celui de nos collègues qui appartient aux facultés de Toulouse de nous en apporter le témoignage. Nous l'enregistrons comme une garantie de fait à l'appui du projet.

Il me reste à vous faire connaître un autre ordre de considérations dont votre commission a été particulièrement touchée. L'enseignement à créer est général. Destiné aux futurs médecins, il peut aussi servir à d'autres.

En outre des jeunes gens, qui entrent dans les écoles spéciales, comme l'école centrale et l'Institut agronomique, un grand nombre qui se destinent aux carrières industrielles ou agricoles auraient besoin d'un enseignement pratique approprié. Quelques facultés des sciences, Lyon, Nancy, par exemple, ont spontanément cherché à combler cette lacune. Et l'expérience a montré que ceux de leurs élèves auxquels elles ont donné une instruction pratique sans doute, mais générale, réussissaient de la manière la plus heureuse dans l'industrie.

Il nous a semblé qu'à ce point de vue, le nouvel enseignement pouvait produire d'heureux résultats. En même temps qu'il donnera aux futurs médecins une préparation scientifique indispensable, il pourra la donner aussi à d'autres et devenir ainsi, dans certains centres, le point de départ d'un enseignement technique utile à notre industrie nationale. Aussi les conditions particulières d'accès au doctorat en médecine étant déterminées par un décret spécial, nous proposons-vous d'ouvrir l'enseignement projeté aux bacheliers de tout ordre.

Nous faisons plus : dans une pensée sainement démocratique, et nous appuyant sur les résultats déjà obtenus à Lyon et à Nancy, nous vous proposons de l'ouvrir aussi, après constatation de leur aptitude, à des sujets d'élite sortis de l'enseignement primaire. Nous serons heureux de voir s'établir entre l'enseignement supérieur et l'enseignement primaire ce lien qui sera certainement utile à l'un et à l'autre.

Consultées depuis longtemps, conformément à une pratique libérale, les facultés des sciences ont déclaré accepter l'enseignement nouveau. Elles ont aujourd'hui une tâche bien déterminée : préparation à la licence, à l'agrégation, au doctorat et recherches savantes. Cette tâche, elles la conserveront et s'y appliqueront comme par le passé. Elles ont, pour la remplir, une clientèle assurée qui est aujourd'hui de près de 1,900 élèves. En élargissant leurs cadres, en plaçant à côté des parties les plus élevées de leur enseignement d'autres cours plus élémentaires, d'autres travaux en apparence plus modestes, mais si utiles en réalité que les plus expérimentés de leurs maîtres seront en plus d'un lieu heureux d'en prendre leur part, les facultés ont conscience de combler une lacune et de répondre à un besoin du temps présent. Il est impossible de méconnaître le rôle de plus en plus grand que prend la science pure dans l'activité et le travail de notre société.

L'admirable développement de l'industrie chimique dans un pays voisin, de l'industrie électrique dans tous les pays ont eu pour agents, supérieurs ou subalternes, des hommes qui avaient suivi les cours des universités ou qui sortaient d'instituts dirigés par des professeurs d'universités. Nos facultés, en échange de tout ce que le pays a fait pour elles, ne demandent qu'à lui rendre de tels services, c'est-à-dire à lui préparer des médecins connaissant dans la mesure indispensable ces sciences, dites accessoires, et que nous appellerions plus volontiers fondamentales, des industriels ou des agriculteurs mis au courant des méthodes scientifiques et aussi, plus d'une fois sans doute, des savants éminents dont les aptitudes seraient restées ignorées et sans utilité.

En conséquence, votre commission vous propose, à la presque unanimité, et sauf quelques changements de détail, l'adoption du projet qui vous est soumis.

BULLETIN DES SYNDICATS

La réunion du Bureau de l'Union qui devait avoir lieu le 11 septembre prochain, est reportée à la seconde quinzaine d'octobre, et la date en sera ultérieurement fixée.

Cette décision a été prise par le Président en raison du petit nombre de réponses envoyées par les syndicats, à la circulaire du 24 juillet dernier. Les syndicats qui n'ont pu se réunir, sont invités à provoquer de nouvelles réunions à la fin de septembre ou au commencement d'octobre ; le bureau attendra leurs réponses jusqu'au 15 octobre.

Les Conseils Généraux de quatre départements, les Ardennes, la Marne, la Mayenne et la Vendée, ont, sur la demande des syndicats de ces départements, adopté à l'unanimité le vœu de l'Union relatif au service militaire des étudiants en médecine. Ce résultat ne peut qu'encourager tous les syndicats à continuer leurs démarches auprès des Conseils Généraux dont les travaux ne seraient pas encore terminés.

Le Bureau de l'Union compte qu'il sera prévenu des décisions qui seront prises par les Conseils généraux. Les communications à ce sujet devront être envoyées au Président de l'Union.

Le secrétaire général,
Dr P. Hervouet.

De la médecine sur les Frontières.

Nous avons le plaisir d'annoncer que les négociations entamées par le Bureau de l'Union auprès du Ministère des affaires étrangères sont en très bonne voie. Notre Président a été informé dernièrement que le dossier relatif à cette question avait été transmis au ministère de l'Intérieur avec avis favorable.

D'autre part, nous savons que M. Hanotaux, directeur des Consulats, a pris cette affaire à cœur et fera tout ce qui sera en son pouvoir pour donner satisfaction à nos confrères intéressés.

Nous sommes heureux de saisir cette occasion pour réparer une omission bien involontaire dans notre *Rapport sur l'Exercice de la médecine sur les Frontières*, et de rendre justice à un confrère qui a été des premiers à s'occuper de cette question et à tenter des démarches dans le but de modifier la situation si fâcheuse, faite aux médecins exerçant sur les frontières, par les conventions passées avec les Etats voisins.

En effet, dès 1891, M. le Dr *Renson*, le dévoué Secrétaire général du Syndicat de la Vallée de la Meuse, après avoir provoqué la création de son Syndicat et de ceux de Sedan et de Rethel, leur soumettait cette intéressante question et commençait une campagne de concert avec nos confrères de Longwy-Maubeuge et Sedan, et, en particulier, avec le concours du sympathique président du Syndicat de la Vallée de la Meuse, M. le Dr *Hamoïde*, soit dans le *Concours médi-*

cal, soit auprès des ministères des affaires étrangères et de l'Intérieur.

Les idées qu'il a défendues, l'Union des Syndicats les a faites siennes et bientôt, nous l'espérons, les fera triompher.

Il n'était que juste de reconnaître la part importante prise par notre confrère dans nos revendications, à la veille de les voir aboutir.

Dr H. Léguyer, de Beaurieux (Aisne).

Syndicat médical du Loiret

Assemblée générale, 2 *juillet* 1893.

Présents : MM. Popis, *Président* ; Lambry, *Vice-Président* ; Gassot, *secrétaire* ; Beaurieux ; Boulle ; Chipault ; Chopard ; Cœur ; Courtade ; Doret ; Dufour ; Dupont ; Fournier ; Geffrier ; Gouetfon ; Halmalgrand ; Hyvernaud (d'Olivet) ; Hyvernaud (de Beaugency) ; Kaplan ; Mora ; Mounier ; Naudin ; Pélissier ; Perlis ; Poirier ; Renard ; Richard ; Rocher ; Sadrain ; Vacher ; Veillard (de Lorris) ; Veillard (de Meung).

Excusés : MM. Defaucamberge, E. Denance ; Penot et Tartarin.

Sur la demande du Bureau, l'Assemblée Générale désigne M. le Dr Geffrier comme secrétaire adjoint pour la séance.

M. le Président Popis ouvre la séance et prononce l'allocution suivante :

....

Il s'est produit, mes chers confrères, depuis que je détiens ce siége de la présidence, un événement de sérieuse importance : *nous sommes nés*, — cette formule m'est permise si l'on admet que pour naître il faut en avoir le droit.

Vigoureusement développés au cours d'une longne gestation, nous avons pu accomplir en précoces militants notre pérégrination laborieuse à travers les détroits parlementaires supérieur et inférieur.

Je n'ai pas à vous rappeler les efforts qu'il fallut improviser, heure par heure pour sauver notre droit à vivre pendant ces journées palpitantes, où les minutes valaient la distance du fameux 19 ventôse an XI à la fin du siècle dont on ne peut pas être fier tous les jours. Allions-nous vivre ou disparaître ?

Notre honneur médical était bafoué au Luxembourg par M. Hervé de Saisy qui n'a certainement jamais été malade ; nos intérêts matériels se traînaient boiteux sur les plateaux équilibrés à contre sens, de la balance du sénateur ouvrier Tolain, père des syndicats professionnels, et malthusien d'après la lettre.

Nous sortîmes cependant vivants de cette dangereuse impasse, grâce à l'intervention de MM. les sénateurs Cornil et Trarieux qui prirent au Sénat notre défense et firent devant la haute Assemblée ce qu'avait fait à la Chambre des députés le docteur Chevandier.

J'ai eu le bonheur de remercier en votre nom, le 27 novembre dernier, cet infatigable champion de notre cause. Vous voudrez certainement aujourd'hui confirmer cet hommage devant sa cendre chaude encore.

Pourquoi ferais-je taire mes sentiments, messieurs? Depuis le début de notre association notre œuvre a été haute et morale ; nous avons délibéré, nous avons agi sérieusement, avec droiture, avec patriotisme, avec humanité. Ce sont là des titres pour avoir place au soleil. J'entends encore les éloquents mouvements oratoires de M. Trarieux à la réunion du Concours médical du 27 novembre. Avec quels accents pathétiques, il soutenait cette juste idée que le droit de se syndiquer appartient surtout, dans l'ordre logique, à ceux qui, par l'étendue de leurs connaissances, par la constante obligation de pondérer leurs raisonnements, par l'habitude de pratiquer le bien, sont préparés de surcroît à servir de modèle aux organismes d'émancipation sociale trop jeunes, munis de contre-poids intérieurs à leurs priviléges et par suite inconscients complices des mauvaises éventualités !

Nous n'avons jamais porté nos ambitions si haut, messieurs ; nous nous sommes toujours bornés à nous conduire de notre mieux sans chercher à guider autrui. C'est dans les seules forces de la conscience que nous avons puisé notre vitalité, nullement préoccupés de nous en servir pour entrer dans d'autres domaines, sans intérêt pour nous. Mais il ne pourrait nous déplaire que des esprits majeurs précisent des généralisations qui nous honorent.

....

M. *Gassot*, secrétaire général, donne lecture de son rapport sur les travaux du syndicat pendant l'année 1892-1893 ainsi que du récipissé du dépôt des statuts délivré par le Maire de la Ville d'Orléans.

L'Assemblée générale règle quelques questions d'ordre intérieur et ajourne la discussion de l'adhésion à l'Union des syndicats, jusqu'après le vote définitif des statuts de cette Union.

Caisse d'indemnité en cas de maladie temporaire.

M. *Gassot* expose que depuis le moment où la question a été introduite, un grand pas a été fait : l'organisation qui s'appliquera à la France entière est en voie de réalisation et fonctionnera peut être dès 1894.

Le syndicat pourrait donc, s'il adopte définitivement le projet qui lui est soumis, décider que le conseil syndical sera chargé de déterminer l époque de l'ouverture de la caisse. On pourrait ainsi, au cas où une organisation plus large fonctionnerait d'une manière satisfaisante, adhérer à cette organisation et, dans le cas contraire, revenir à la caisse particulière aux membres du syndicat.

Adhésion.

Sous le bénéfice de cette restriction l'Assemblée Générale discute et adopte le projet dont la teneur suit :

STATUTS

I. Organisation générale.

Article 1er. — Il est fondé, au sein du Syndicat médical du Loiret, une caisse spéciale destinée à servir une indemnité à ses membres atteints de maladies ou blessures accidentelles les obligeant à cesser *temporairement* l'exercice de leur profession.

Art. 2. — La participation à cette caisse est réservée aux seuls membres du Syndicat, mais elle n'est pas obligatoire pour eux.

Art. 3. — La Caisse est gérée par un Bureau de cinq membres, élus à la majorité des votants, par l'Assemblée Générale des participants.

Un compte-rendu de ses opérations est soumis, chaque année, à l'approbation de cette Assemblée Générale des participants.

Art. 4. — L'Assemblée Générale statue souverainement sur toutes les difficultés et tous les recours.

Art. 5. — En cas de dissolution de la Caisse, elle décide de l'emploi des fonds qui constituent son actif.

II. Admissions.

Art. 6. — Tout membre du Syndicat qui veut participer à la Caisse doit subir une visite médicale devant le Bureau du Cercle syndical dont il fait partie, et présenter un certificat relatant les constatations qui auront résulté de cette visite.

Art. 7. — Les admissions sont prononcées par le Bureau de la Caisse statuant en Comité secret.

Art. 8. — Les admissions partent du 1er janvier et du 1er juillet de chaque année.

III. Indemnité.

Art. 9. — L'indemnité journalière servie par la Caisse en cas de maladie est fixée à dix francs.

Art. 10. — La distribution des indemnités n'est faite qu'après approbation des Comptes par l'Assemblée Générale des participants.

Toutefois le Bureau peut autoriser la délivrance d'un acompte sur cette indemnité.

Art. 11. — La Caisse n'est responsable que jusqu'à concurrence du montant de son actif.

Si les indemnités exigibles dépassaient l'actif disponible, il serait procédé à une réduction proportionnelle de ces indemnités.

IV. Droit à l'indemnité. Incapacité de travail.

Art. 12. — Le droit à l'indemnité en cas de maladie ne commence que six mois après l'admission.

Art. 13. — Une maladie de quatre jours ou moins ne donne pas lieu à une indemnité. Mais si la maladie dure cinq jours ou plus, le droit à l'indemnité commence du premier jour de la maladie.

Art. 14. — Le temps maximum pendant lequel peut être servie l'indemnité est fixé à trois mois (90 *jours*).

Art. 15. — L'incapacité de travail donnant droit à l'indemnité s'entend de l'impossibilité de sortir pour faire des visites.

Le malade peut continuer à donner des consultations à son domicile.

V. Cotisation.

Art. 16. — La cotisation annuelle exigible des participants est fixée à cinquante francs.

Elle est payable, d'avance, entre les mains du trésorier, qui en donne valablement reçu.

Art. 17. — Tout retard dans le paiement de la cotisation prive du droit à l'indemnité le participant qui tomberait malade pendant cette période de retard. Si ce retard atteint trois mois, il entraîne de plein droit la cessation de la participation pour l'année entière.

VI. Fonctionnement.

Art. 18. — Tout participant malade doit aviser immédiatement le Secrétaire de son état de maladie et, dès sa guérison, de la reprise de son travail.

Art. 19. — Les diverses constatations que pourrait nécessiter cet état de maladie sont faites par un ou plusieurs confrères désignés par le Bureau.

Art. 20. — Le Bureau, sur le vu des pièces justificatives, arrête le montant de l'indemnité due au participant.

VII. Administration financière. Réserve.

Art. 21. — Le trésorier effectue valablement tous les dépôts et retraits de fonds appartenant à la Caisse. Il donne toutes quittances et effectue tous paiements. Il soumet ses comptes à l'approbation du Bureau.

Art. 22. — Les dépenses d'administration ne pourront, en aucun cas, dépasser la proportion de deux francs par adhérent.

Art. 23. — Les fonds appartenant à l'œuvre sont déposés dans une Caisse publique. Le trésorier ne peut conserver en Caisse que la somme nécessaire aux menues dépenses courantes.

Art. 24. — La moitié de la première cotisation, qui correspond aux six mois pendant lesquels est suspendu le droit à l'indemnité, est versée à un compte spécial de réserve

Cette réserve reçoit également tous les dons et legs qui peuvent être faits à l'œuvre.

Art. 25. — L'intérêt produit par les sommes constituant la réserve est versé chaque année à la Caisse et s'ajoute aux fonds disponibles provenant des cotisations.

Art. 26. — L'exercice financier commence au 1er Janvier de chaque année,

Art. 27. — Si la caisse présente, en fin d'année, un excès de recettes, les sommes disponibles sont pour moitié portées à la réserve et pour moitié reportées à l'exercice suivant.

Art. 28. — L'Assemblée Générale peut décider qu'il sera fait emploi d'une partie de la réserve lorsque celle-ci atteindra la proportion de cinquante francs par membre adhérent.

En aucun cas cet emploi ne pourra abaisser le chiffre de la réserve au-dessous d'une proportion de vingt-cinq francs par adhérent.

VIII. Mesures d'ordre général.

Art. 29. — Toute tentative de fraude entraîne la perte du droit à l'indemnité et peut faire l'objet d'une exclusion contre celui qui s'en serait rendu coupable.

Art. 30. — Tout membre qui se retire du Syndicat par démission, tout membre qui en est régulièrement exclu, cesse de participer à la caisse indemnité-maladie, à la fin de l'exercice en cours.

Il ne peut formuler contre elle aucune répétition.

Remplacements entre médecins.

L'Assemblée Générale adopte ensuite le règlement suivant pour les remplacements entre confrères :

1° Le médecin qui remplace un confrère, s'interdit d'accepter près du malade la succession immédiate de ce confrère.

2° La totalité des honoraires est acquise au remplaçant.

3° Le médecin ordinaire est chargé de porter lui-même sur sa note les honoraires à percevoir pour les soins donnés par le médecin qui l'a remplacé.

Il ne les verse au remplaçant qu'après en avoir lui-même touché le montant.

4° En cas d'urgence et pendant l'absence momentanée d'un confrère (absence occasionnée par ses devoirs professionnels), le ou les confrères appelés se bornent à donner les premiers soins et se retirent.

Ils se font honorer directement par la famille.

L'Assemblée adopte encore un règlement concernant les consultations entre médecins, entend une communication du Dr Geffrier sur la conduite que le médecin doit tenir en présence des propositions déshonorantes faites par certains spécialistes et par certaines maisons, enfin approuve les comptes présentés par le Trésorier.

Bureau.

M. le Dr Chipault, d'Orléans, est élu vice-président pour l'année 1893-1894.

Le Bureau se trouve ainsi composé :

Président : Dr Lambry, de *Courtenay*.

Vice-Président : Dr Chipault, *d'Orléans*.

Secrétaire Trésorier : Dr Gassot, *de Chevilly*.

Le secrétaire remet à M. le Dr Popis, président sortant, la médaille commémorative de sa présidence et lui adresse les paroles suivantes :

Monsieur le Président,

Vous avez été un de ceux qui ont pris l'initiative de la création de notre syndicat, vous vous êtes montré toujours un de ses membres les plus actifs. Vous avez donc eu tort, au début de cette séance, de parler de votre élection comme d'une sorte de surprise.

Vous me paraissez avoir été plus juste pour vous-même lorsque, parlant de vos prédécesseurs, vous avez vanté l'excellence des choix du syndicat, car, vous le savez bien, nous ne nous déjugeons pas, et nos Présidents sont toujours ces hommes de bien et de droiture auxquels vous avez fait une allusion si vraie.

Vous avez dit que vous étiez fier de nous avoir présidés — nous sommes heureux, nous, d'avoir pu vous témoigner les sentiments de haute estime et d'affectueuse sympathie que nous vous portons tous.

En vous remettant cette médaille qui, j'ose l'espérer, ne vous rappellera que d'agréables souvenirs, je vous adresse, au nom de l'Assemblée générale, les remerciements du syndicat.

Triple salve d'applaudissements.

Cotisations reçues par le Trésorier de l'Union des Syndicats.

Avesne	64 fr.
Pont-l'Evêque	40 »
Sud Finistère	56 »
Le Havre	74 »
Loire-Inférieure	218 »
Montmorillon (Vienne)	24 »
Arles-sur-Rhône	32 »
Arrondissement de Sedan	38 »
Basses-Cévennes (Gard)	26 »

Dr MAURAT.

REPORTAGE MÉDICAL

Parmi les députés médecins récemment élus, nous adressons nos félicitations spéciales à MM. Gacon, député de Lapalisse (Allier) — Dellestable, député d'Ussel (Corrèze) — Isambard, député d'Evreux (Eure) — Cosmao-Dumenez, député de Quimper (Finistère) — Viger, député d'Orléans, ministre de l'agriculture — Bourillon, député de Mende (Lozère) — Legludie, député de La Flèche (Sarthe), tous membres du *Concours médical*.

— *Coopératives en Belgique.* — A côté de la consommation de l'épicerie, les bourgmestres veulent greffer la consommation du médecin. Voici le comble ! Une coopérative du Hainaut, qui compte 1.600 membres demande leurs conditions aux cinq médecins. Quatre consentent à des prix acceptables ! En survient un cinquième, qui est le bourgmestre-médecin. Il s'offre à traiter les 250 familles qui forment les 1.600 membres, à 1 *fr. par famille*. On n'est trahi que par les siens ! Il était donc grand temps qu'en Belgique, comme en France, les médecins pussent se liguer pour réprimer de pareils excès. Grâce à un *Membre du Concours*, qui est allé se fixer en Belgique, le docteur *Janson*, plusieurs syndicats se sont formés avec des statuts identiques aux nôtres. Nous leur souhaitons prospérité et longue vie.

— *Installation d'urinoirs pour dames.*— D'aucuns et d'aucunes réclament, à cor et à cri, pour les femmes, le droit d'être électeur et éligible. Certaines demandent en outre le droit de porter le pantalon, et même la culotte, aussi bien que le sexe barbu, (la culotte semble l'emporter, comme on peut le voir par les élégants costumes des femmes cyclistes). Enfin la tendance égalitaire qui mène notre siècle a porté devant l'opinion publique la question du droit pour la femme à la vespasienne. La dite opinion publique, s'est montrée favorablement impressionnée ; et le conseil municipal de Paris, a, dans ses délibérations, consacré, depuis quelque temps déjà, le droit pour les femmes de satisfaire gratis le besoin d'uriner. Après un temps de repos suffisant, on est arrivé à la période des essais pratiques. Un entrepreneur, M. Dariot, a étudié un système d'urinoirs pour dames qui a été adopté par plusieurs municipalités des environs de Paris. Cet urinoir gratuit comprend deux cabines ; et, l'idée admirable, pleine de poésie et pratique en même temps ! une place est réservée entre les deux pour la gardienne qui serait marchande de fleurs. De cette façon les dames auraient à la fois l'utile et l'agréable. Il n'est pas sûr cependant qu'il y aurait foule pour acheter ces fleurs que la verve parisienne a décorées par avance du nom éminemment suggestif de « fleurs de pipi ». La gardienne se consolera en vendant des journaux.

— M. Lailler, médecin honoraire de Saint-Louis, ancien président de la Société de Dermatologie, vient de mourir. Son nom mérite de ne pas être oublié pour deux raisons, entre autres : c'est qu'il a contribué plus que tout autre à la création à l'hôpital Saint-Louis de l'école des teigneux, et du superbe musée des maladies de la peau.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3821. — M. le Dr SALOMON, de Savigné-l'Evêque (Sarthe), membre du Syndicat des médecins de la Sarthe.

N° 3822. — M. le Dr DUMONT, d'Yerres (Seine-et-Oise), présenté par le Directeur.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les Drs MARTIN, de Macau (Gironde), CAZABAN, de Soumoulou (Basses-Pyrénées), membres du Concours médical

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ECOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

Traité clinique et thérapeutique de la tuberculose pulmonaire, par le Dr Samuel BERNHEIM. — Paris, Société d'éditions scientifiques, 1893. Net franco **six** francs contre un mandat.

Ce livre est un travail de vulgarisation des conquêtes de la science moderne sur le terrain de la tuberculose. C'est à ce titre surtout qu'il offre de l'intérêt. L'auteur passe successivement en revue les grandes questions relatives à son sujet et expose le plus souvent avec clarté les recherches les plus récentes. Après un court historique, il aborde le chapitre de l'étiologie dont il décrit les grands facteurs, l'hérédité et la contagion. Peut-être faudrait-il lui reprocher une négation trop absolue de l'hérédité et de négliger, au moins dans ce dernier chapitre, la contamination médiate par le local infecté. Il insiste néanmoins, avec raison, sur les causes prédisposantes si importantes et si variées.

Dans le chapitre de la clinique, il décrit successivement les formes aiguës granuliques de la maladie, les types pneumoniques et les formes subaiguës et chroniques.

La séméiologie est traitée avec grand soin, ainsi que le pronostic. Le quatrième chapitre est consacré aux tuberculoses expérimentales et à l'anatomie pathologique. Les descriptions sont claires, et à part quelques longueurs nécessitées par les divisions adoptées par l'auteur, elles sont un résumé très complet des recherches les plus récentes. Le chapitre de la bactériologie est également très soigné et peut-être le plus pratique de tout l'ouvrage. Les différentes méthodes de culture et de coloration de bacilles y sont indiquées d'une façon très précise et cependant très sommaire pour les besoins du praticien. La prophylaxie fait l'objet d'un chapitre spécial où nous aurions désiré voir une étude plus approfondie de la contagion par le local, et une revue critique plus complète. Le chapitre qui termine le volume est le plus étendu, c'est celui de la thérapeutique, dans lequel l'auteur énumère les trop nombreuses méthodes de traitement de la tuberculose. Il envisage successivement les méthodes bactériologiques, les bactéries antagonistes, les transfusions, les inhalations antibacillaires. Il aborde ensuite l'étude des méthodes médicamenteuses : les sulfureux, l'iode, la créosote, le tannin, les essences.

(*Extrait du Progrès médical.*)

Dr G. ARTHAUD.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année N° 37 16 Septembre 1893

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Réunion du Conseil de Direction

Le Conseil de Direction de la Société civile du Concours médical s'est réuni mardi dernier 12 septembre.

Présents : MM. Cézilly, Gassot, Maurat.

Excusé : M. Gibert.

Le Conseil, après avoir expédié les affaires courantes, consacre la presque totalité de la séance à l'élaboration du projet de statuts de la *Caisse Indemnité maladie*.

Les questions de l'administration générale, des admissions, de la perte du droit à l'indemnité, du fonctionnement, du contrôle, etc..., ont été successivement examinées dans leurs détails et, après discussion, traduites en articles de statuts.

La question du montant de la cotisation et de sa variation avec l'âge d'entrée a été soumise à un actuaire qui doit vérifier les calculs.

Dans sa réunion d'octobre, le Conseil revisera une dernière fois son travail de manière à ce qu'il puisse être soumis à la prochaine Assemblée générale.

Une étude sur ce projet sera d'ailleurs publiée, en temps utile, dans le journal.

Le Conseil de Direction fixe enfin la date de l'Assemblée Générale des membres de la Société Civile du Concours médical au dimanche 19 novembre prochain.

Le Secrétaire,
A. Maurat.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement des tumeurs adénoïdes.

M. le Dr *Ménière*, dans une récente clinique publiée par le *Bulletin médical*, envisage ainsi le traitement des tumeurs adénoïdes :

A l'heure actuelle deux méthodes sont employées.

La méthode en une seule séance, soit avec la pince coupante, soit avec le couteau de Gottstein. Mais il faut se servir d'un anesthésique, chloroforme ou bromure d'éthyle.

« Je n'approuve pas cette méthode, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, je ne saurais admettre qu'on emploie les anesthésiques, pour une opération d'aussi minime importance et si peu douloureuse.

« Les accidents dus au chloroforme sont peu fréquents, mais enfin ils sont possibles ; je crois donc qu'on a tort de faire courir des risques aussi sérieux au malade, lorsqu'il n'y a pas de nécessité absolue. J'en dirai tout autant du bromure d'éthyle.

« Enfin, cette espèce de curettage en une séance fait perdre quelquefois beaucoup de sang. Je connais pas mal de cas où les enfants ont été fort souffrants à cause du chloroforme et du fait de l'opération. Températures élevées, fièvre, vomissements, malaises, séjour au lit.

« En outre, j'estime qu'il y a là une mise en scène opératoire peu en rapport avec le but à atteindre. Aussi, je n'approuve pas cette méthode.

« Je préfère de beaucoup celle que l'expérience m'a démontrée être la plus simple, sans exposer à aucun inconvénient, et sans donner lieu au moindre danger ; ma statistique opératoire est considérable. J'ai dépassé à ce jour le chiffre de 1,500.

« Voici comment je procède. Une fois l'inter-

vention décidée, je fais pratiquer pendant cinq à six jours des irrigations nasales de un demi-litre d'eau chaude additionnée d'une cuillerée à café de coaltar, pour avoir un champ opératoire dans des conditions d'antisepsie aussi bonnes que possible. Je préfère le coaltar aux solutions de sublimé ou d'acide phénique, parce que si l'enfant avale du liquide, le premier est sans inconvénients. Quant à la solution boriquée, elle est insuffisante.

« Puis, je choisis comme moment propice pour opérer, le matin ou le soir avant le repas, de façon que le petit malade puisse se mettre à table tout de suite après, et oublier ainsi ce qu'on vient de lui faire. L'expérience m'a démontré que cette manière d'agir était la bonne.

« L'enfant est donc assis sur l'aide dont les cuisses sont écartées, et dont les jambes emprisonnent celles du malade, et empêchent tout mouvement. Le bras gauche de l'aide passe pardessus le bras gauche du patient, et la main gauche saisit fortement le bras droit du sujet. Enfin, la main droite, s'appuyant sur le front et cachant les yeux, assujettit contre sa poitrine la tête de l'enfant.

« Il y a là un petit tour de main particulier qui demande un peu d'habitude de la part de l'aide.

« J'emploie uniquement la pince de Loewenberg modifiée par Collin sur mes indications.

« L'opérateur abaissant la langue, avec un instrument *ad hoc* tenu de la main gauche, introduit la pince coupante fermée, derrière le voile du palais. Laissant alors de côté, l'abaisse-langue devenu inutile, la main gauche saisit la branche gauche, l'écarte, et la prise se fait, sans voir, en deux secondes au plus. Vous comprendrez bien mieux tous ces détails en me voyant opérer. En effet, c'est une manière de tact médical qui permet au chirurgien de se rendre compte de l'écartement à donner aux mors de la pince, de la pression à exercer, du point où il doit agir, de la force à employer, et du mouvement de torsion, au moment de retirer l'instrument.

« L'expérience s'acquiert assez vite, mais il faut une main sûre et légère.

« L'écoulement du sang est insignifiant; quelques gouttes. On fait moucher l'enfant assez fortement, à plusieurs reprises. Les gargarismes avec l'eau froide sont excellents. Enfin, on ferme les oreilles avec du coton, et on termine par une injection nasale antiseptique à l'eau chaude coaltarisée. L'enfant met un foulard autour de son cou, et garde la chambre douze heures, mais avec la liberté de lire, de travailler, de jouer, etc.

« Au bout de cinq à huit jours, je fais une seconde séance. Mais le plus généralement pour cette deuxième opération, je me sers d'une boucle métallique qui permet d'aller gratter fortement les divers points du pharynx nasal qu'il ne serait possible d'atteindre, qu'en introduisant plusieurs fois la pince coupante. Comme l'hypertrophie est généralement moindre sur les côtés, la boucle fait un nettoyage complet.

« Il faut enfin pratiquer trois à quatre badigeonnages avec une éponge montée sur une tige, et trempée dans une solution :

Iode métallique..........	} ââ	2 gr.
Iodure de potassium.....	}	
Eau....................		20 gr.

« Les résultats sont merveilleux, et les enfants ressentent rapidement une amélioration. Puis dans une période, qui varie de deux à six mois, ces malades deviennent roses, vivants, disposés au travail, mangeant avec appétit. C'est une métamorphose complète que les familles son[t]

FEUILLETON

Eloge de la profession médicale

Chaque fois que j'ai l'occasion de porter aux nues notre profession, de façon à la relever, à l'ennoblir, même aux yeux de ceux qui ont le plus à s'en plaindre, — je la saisis avec empressement (pas la profession, l'occasion).

Jadis, sur les bancs peu moelleux de l'école, à l'âge enthousiaste où on voit le beau côté des choses et non ce qu'elles peuvent rapporter, je fus séduit par l'idéal philanthropique, qui, malgré tout, forme le fond de nos préoccupations. Depuis, j'ai un peu déchanté et la fameuse lutte pour la vie s'est chargée de mettre une sourdine à mes aspirations juvéniles. Cela ne veut pas dire qu'on se bonifie en vieillissant comme les crûs du Bordelais ou de la Bourgogne. Mais enfin, tout en étant moins naïf que dans ma prime jeunesse, je suis resté fidèle à mes anciennes amours (on y revient toujours, d'après la chanson) et c'est avec un vif plaisir que récemment, en compagnie de quelques confrères, que j'avais réunis à ma table, et qui n'étaient pas tous optimistes, j'ai entendu l'un de nos aînés se vanter d'avoir poussé ses trois fils « à étudier la médecine. — Avec une chaleur communicative et réconfortante, il nous a dit qu'à ses yeux il n'y avait pas d'occupation plus noble, d'objectif plus élevé, plus consolant. Le côté matériel lui-même, qu'il n'a fait qu'effleurer, quoiqu'il ne soit pas riche, lui a paru digne d'attention, malgré le sort peu prospère de quelques déshérités. C'était plaisir d'entendre ce vieillard aux cheveux blancs nous dire qu'il voudrait pouvoir recommencer sa carrière, et doubler la dose de bien qu'il a fait, le long d'une vie assurément bien remplie.

Aussi, je tiens à faire chorus avec lui, au risque de me répéter, car j'ai déjà effleuré ce sujet plus d'une fois, et j'y reviendrai sans cesse, jusqu'à la consommation... de mon encre, bien convaincu que c'est une bonne action de relever les courages abattus, d'empêcher les désertions et d'élever bien haut, au-dessus de nos bouts matérielles et morales, l'étendard des fils d'Hippocrate, que l'on trouvera toujours au chemin de l'honneur !

I

C'est dans le tempérament de notre pauvre humanité, qui se souvient des cieux, selon le poëte, ou qui, du moins, possède le sentiment d'un monde meilleur, de n'être jamais satisfaite ; mais qui ne récrimine pas ! — Quel est celui qui, n'est pas blessé une fois ou l'autre par le bât professionnel ?

les premières à reconnaître, et dont elles vous remercient avec effusion. »

Traitement des plaies artérielles de la main.

Tout le monde se souvient quels ennuis donnent les plaies profondes de la paume de la main, au point de vue de l'hémorrhagie artérielle et des difficultés que l'on éprouve pour arrêter l'écoulement sanguin. M. le Dr Chalmet, de Landerneau, préconise la méthode suivante pour éviter les embarras que donne la recherche des deux bouts de l'artère dans la plaie, et leur ligature :

Voici ce que propose M. Chalmet, dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* :

1° Flexion *non forcée* de l'avant-bras sur le bras ;

2° Compression *modérée* sur la plaie, préalablement lavée antiseptiquement, au moyen d'un tampon d'ouate salicylée maintenu par quelques tours de bande ;

3° Compression modérée sur la radiale et la cubitale au moyen de deux petits tampons d'ouate maintenus par un tour de bande ; troisième tampon au milieu, et nouveaux tours de bande modérément serrés ;

4° Immobilisation dans une écharpe quadrilatère qui doit, par des points de couture placés convenablement, maintenir le bras contre le corps, soutenir le coude, tenir l'avant-bras fléchi et la main élevée posée à plat sur le sternum (non complètement recouverte pour la facilité de la surveillance) :

5° Repos complet, abstention de tout effort, examen quotidien de l'appareil, qu'on enlève vers le huitième jour.

Et M. Chalmet ajoute : « Comme on le voit, je n'ai rien inventé. La compression directe est connue de tout le monde ; la disposition des tampons pour la compression de la radiale et de la cubitale est due à Nélaton ; la flexion de l'avant-bras sur le bras a été indiquée par Bichat ; l'élévation du bras a été recommandée par Gosselin avec compression sur la plaie et au niveau des artères de l'avant-bras ; la compression huméro-costale (en faisant agir le poids du corps) a été employée par Schweilbein.»

Evidemment, cette nouvelle combinaison thérapeutique imaginée par M. Chalmet doit être excellente, mais à la condition expresse d'être sûr de la parfaite asepsie de la plaie, ce qui, étant donné l'endroit lésé, la fréquence de cet accident chez des gens qu'un travail manuel incessant rend peu scrupuleux sur la propreté, et enfin les procédés de traitement souvent extraordinaires qu'ils imaginent et conservent pendant un certain temps... jusqu'à ce que la peur les prenne — est souvent difficile.

Quoi qu'il en soit, comme on est souvent obligé de renoncer à trouver les deux bouts de l'artère lésée, et qu'on hésite parfois (avec raison d'ailleurs) à aller lier l'humérale ou l'axillaire, le procédé de M. Chalmet, après une *antisepsie rigoureuse* et grâce à une *surveillance continuelle* de la blessure et du blessé, peut rendre de très grands services.

L'alumnol dans le traitement de la blennorrhagie.

L'alumnol est un nouvel astringent et antiseptique préparé l'an dernier par les Dr Heinz et Liebrecht à l'institut pharmaceutique de Breslau. C'est un composé sulfureux du naphtol à base d'aluminium, ayant l'aspect d'une poudre blanche, soluble dans l'eau, beaucoup moins soluble dans l'alcool et la glycérine, insoluble dans l'éther.

Ce produit nouveau a l'avantage immense de

Les plus favorisés, les milliardaires eux-mêmes, ont leurs soucis, leurs déceptions, leurs heures de prostration. Mais je les mets au défi, malgré les succès de leurs coups de bourse et leurs triomphes de vanité, malgré le luxe des coûteuses inutilités qui les entourent et les flatteries des parasites qui les exploitent, d'avoir une sérénité d'âme égale à celle du médecin de campagne, vraiment aimé de tous et non redouté, comme la plupart des financiers et des tripoteurs d'affaires. — En somme, tout se paie ici-bas, et il est bien juste que les existences fastueuses aient leur ver rongeur, leur plaie cachée, que la satiété soit au bout des fêtes et se dissimule sous les fleurs.

Quand on y réfléchit bien, tout est admirablement coordonné dans l'univers et les compensations abondent pour les petits et les humbles ; leur horizon étant plus borné, il suffit de bien peu de chose pour les séduire et apaiser leurs révoltes. Tout cela est relatif, et, au fond, il faut toujours en revenir au dicton : Qu'importe la coupe, pourvu qu'on ait l'ivresse !

Plus je vois de près mes semblables et plus je suis convaincu que ceux qu'on appelle les heureux de ce monde ne sont pas heureux : Leurs raffinements n'ont servi qu'à les rendre plus sensibles aux coups d'épingle inévitables de l'existence, qu'à affoler, qu'à détraquer leurs nerfs, qu'à leur faire mieux entrevoir le néant et le vide de toutes choses. Le bonheur, s'il peut se rencontrer quelque part, se trouve de préférence dans le cœur des simples, des âmes peu compliquées et pas trop exigeantes ; par conséquent, et c'est là où je veux en venir, c'est le lot de ceux d'entre nous, qui ont le mépris de tout ce qui n'est pas beauté et bonté, qui ont pour consolatrices la charité aux mains ouvertes et l'espérance aux ailes déployées !

Mais sans planer à des hauteurs peut-être exagérées, arrêtons-nous aux côtés prosaïques de notre sort : Quelle est, je vous le demande, la profession qui pourrait nous permettre plus d'indépendance ? Comparez votre prétendue suggestion à celle des subordonnés du colonel Ramollot ou de tel chef de bureau, brute autoritaire, qui est la terreur de son personnel. Il faut sourire même à ses inepties ; en voilà un exercice fatigant pour les inférieurs ! Rien ne vous oblige à ce rôle de basse humilité des Silvio Pellico administratifs, des forçats du rond de cuir et du carton vert.

Vous gagnez moins que l'épicier du coin, c'est vrai ; mais vous êtes plus estimé que lui ; on vous reçoit partout, on vous décore, on vous élève des statues, tandis qu'on montre au doigt tous les Turcaret, grands et petits, qui pullulent sur le dos de la plaintive humanité.

La maison du parvenu d'à côté est bien tapageuse, à côté de votre humble logis ; mais les remords l'habitent, tandis que la considération générale vous est acquise.

Vous ne pouvez pas passer vos journées aux courses, ni vos nuits au cercle ; mais cela vous empêche de ruiner votre santé et votre bourse. Et puis le spectacle de la nature, des aubes roses, du ciel bleu et des nuits étoilées, dans la gaieté du matin et la paix du soir, vaut bien l'atmosphère peu salubre des salons. La bise ne souffle que de

pénétrer dans la profondeur des tissus sans déterminer une irritation trop vive.

Or, les gonocoques de Neisser se rencontrent dans les glandes et même dans le tissu conjonctif de la muqueuse des organes génitaux.

On préfère employer l'alumnol dans l'endométrite blennorrhagique, parce que la plupart des astringents employés sont des sels de métaux lourds formant des combinaisons stables avec l'albumine et restant fixés à la surface de l'épithélium des muqueuses. Ainsi le nitrate d'argent ne peut atteindre les microbes dans la profondeur, car il forme une coagulation albuminoïde à la surface des membranes muqueuses.

Quoi qu'il en soit, M. le Dr Gottschalk a employé l'alumnol pendant 9 mois et se déclare satisfait de cet essai.

Dans une communication faite à la *Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin*, il affirme avoir traité avec succès l'endométrite blennorrhagique, non seulement au moyen des injections d'alumnol, mais encore en utilisant les crayons médicamenteux renfermant ce nouvel astringent.

Dans ces sortes de circonstances, notre distingué confrère d'Outre-Rhin emploie les solutions médicamenteuses à 5 % ou les crayons à 5 % et n'observe jamais chez les malades le moindre symptôme désagréable. Au contraire, les sécrétions pathologiques se modifient sous l'influence de ce traitement et deviennent plus claires.

Les crayons à 10 % donnent un effet rapide et caustique, mais peuvent causer des surprises fâcheuses. On a observé dans ces cas des frissons, des dérangements d'estomac et une coloration noirâtre du liquide urinaire.

Dans la blennorrhagie uréthrale, il faut employer les bougies d'une concentration faible (1-2 %).

Les solutions peu concentrées peuvent servir à faire les injections vaginales. Ainsi, dans la colpite on a recours aux irrigations d'alumnol (1/2-1 %).

Enfin, on détruit les condylomes acuminés des organes génitaux au moyen de solutions caustiques d'alumnol (10-20 %).

En résumé, la cure rapide des affections blennorrhagiques par l'alumnol est basée aussi bien sur des faits cliniques que sur des expériences de laboratoire.

CLINIQUE CHIRURGICALE

L'inflammation et l'ulcération de l'appendice iléo-cœcal, ou appendicite.

Analyse de 68 cas, et conditions qui peuvent nécessiter une opération,

Par M. GILBERT BARLING.

De nombreuses discussions ont été soulevées à propos de la terminologie que l'on doit employer dans les cas d'inflammation située dans la fosse iliaque droite. Quelquefois l'expression « *typhlite* » est plus exacte ; j'ai observé une inflammation intense du cœcum avec un phlegmon rétro-péritonéal consécutif ; ou encore une ulcération isolée, avec perforation du cœcum, indépendamment de la fièvre typhoïde.

Mais dans la grande majorité des cas, d'après mon expérience à la fois clinique et anatomo-pathologique, je suis porté à conclure que l'appendice vermiculaire ou iléo-cœcal est le foyer primitif de la maladie, que je préfère donc appeler *appendicite*, et que beaucoup d'autres appellent *pérityphlite*.

---

temps en temps et le soleil n'est pas toujours torride. Il y a des heures délicieuses à passer pour qui aime les champs, les fleurs, les bois, les moissons, et ces heures bénies, reposantes, sont certainement les plus nombreuses.

Votre personnel de serviteurs se réduit au strict nécessaire, à une cuisinière un peu primitive, mais qui ne vous sert que des choses saines, et à un factotum qui cumule les attributions de jardinier, de palefrenier, de cocher, qui vous coûte peu cher et vous est encore fort dévoué, par-dessus le marché. — Votre lot ne doit pas vous faire regretter les Lisettes et les Pasquins, les soubrettes et les valets de tout ordre qui empoisonnent l'existence des citadins.

Le vin de votre cave n'est pas coté parmi les grands crûs ; mais vous le récoltez vous-même et vous savez qu'il n'est pas frelaté. Votre estomac y est si bien habitué que vous supporteriez difficilement le jus d'une autre treille que la vôtre.

Le tableau de la misère des campagnards n'est pas réjouissant ; mais la vue de celle des grands centres et, en particulier du bagne Parisien, est navrante. Les révoltes de tous ces malheureux sont autrement pénibles que la résignation passive des pauvres ruraux, qui vous entourent.

On vous paie mal, c'est certain ; mais vos besoins ne sont pas très grands. Comparez, après tout, votre sort, à celui des innombrables fonctionnaires, des budgétivores faméliques, qui sont obligés de vivre et de soutenir leur famille, avec les maigres appointements que l'Etat leur alloue.

. . . .

Concluons en disant que les médecins sont tout aussi bien partagés que les autres mortels. Les ennuis qui peuvent les assaillir, tiennent moins à leur profession proprement dite qu'à leur personnalité, qu'à leur éducation, leur caractère, leur façon d'agir, etc.

Nous sommes les propres artisans de nos maux, de nos afflictions. Il est même bien étonnant que le public, en constatant combien nous sommes prompts à nous débiner, à manquer de déférence les uns pour les autres, nous continue cependant sa confiance. Il est surprenant que celle-ci n'en soit pas plus ébranlée, ce qui prouve une fois de plus la puissance de l'outil que nous avons entre les mains. Notre force serait irrésistible et pourrait produire des merveilles, si nous étions plus unis, si nous arrivions à mieux combiner nos efforts, à faire une place plus large à la collectivité, à la poussée en masse.

Les syndicats arriveront-ils à réunir en faisceaux les bonnes volontés éparses, pour les conduire à l'assaut de la routine et des préjugés, pour franchir de nouvelles étapes, dans la voie du progrès scientifique et philanthropique. Je le souhaite vivement.

Dr GRELLETY (de Vichy).

Selon moi, les considérations anatomiques et les conclusions dérivées des opérations et des autopsies faites dans ces cas, sont toutes opposées aux termes typhlite et pérityphlite.

Anatomie pathologique.

L'inflammation de l'appendice iléo-cœcal est souvent consécutive au catarrhe du cœcum, qui résulte de la présence de quelque corps étranger, le plus souvent de la rétention de matières fécales. Le premier stade est un catarrhe de l'appendice avec rétention de la sécrétion et dilatation ; le 2e est l'inflammation des parois ; quelquefois la cicatrice d'une ancienne ulcération typhoïde ou autre, située dans l'appendice, ou la présence d'un corps étranger ou de débris alimentaires, peuvent être causes de l'inflammation. Dans un petit nombre de cas, on assiste à une inflammation intense de l'appendice iléo-cœcal, avec phlegmon gangreneux, sans cause apparente.

Quel que soit le point de départ, l'inflammation varie beaucoup dans son intensité ; quelquefois elle disparaît pour toujours sous l'influence du repos et d'un traitement simple ; quelquefois un abcès se forme ; ou bien il survient une péritonite septique à terminaison presque toujours fatale.

C'est cette différence remarquable dans le cours de la maladie, qui a donné lieu à tant d'opinions diverses, relatives au traitement à suivre dans l'appendicite ; d'un côté le médecin qui se promet d'excellents résultats du traitement par le repos, les lavements, une diète soignée ; de l'autre côté le chirurgien, qui se rappelle un bon nombre de cas d'abcès et de perforations de l'appendice avec péritonite et qui n'a foi que dans une opération immédiate.

J'ai réuni tous les cas où le diagnostic a été porté de typhlite, pérityphlite ou appendicite, qui ont été admis dans le « *General Hospital* » de Birmingham depuis 1885, le total se monte à 68. Quelques-uns furent si légers que la guérison a été accomplie en quelques jours ; d'autres ont exigé un traitement de plusieurs semaines, puis ont été suivis de rechute ; un certain nombre se sont terminés par la suppuration, et plusieurs ont été accompagnés de péritonite septique (les malades étant en général moribonds, lors de leur entrée à l'hôpital).

La mortalité s'élève à 7 cas, c'est-à-dire 10,3 p. %.

Peut-être ce chiffre est-il trop faible à cause des cas légers dont le diagnostic est souvent douteux. Dans 40 cas, on a noté la présence d'une tumeur plus ou moins circonscrite ; dans plusieurs autres, la palpation était impossible à cause de la douleur au toucher ; il pouvait donc y avoir une tumeur.

Dans les cas les plus aigus dus à la perforation de l'appendice vermiforme, il n'est fait mention de tumeur qu'une fois ; mais les obstacles à un examen minutieux étaient très grands à cause de la douleur et de la distension du ventre.

Un détail de grande importance est que, sur les 40 cas de tumeur, on n'a observé un abcès que dans 4 cas ; tous les autres, sauf un cas avec rechute, qu'on a opéré, ont guéri sans suppuration, du moins apparente.

Deux fois on a constaté la présence de rougeur et d'œdème ; un des cas guérit sans suppuration ; dans l'autre, où il y avait une perforation du cœcum, il s'est formé un abcès.

Dans 3 sur 4 des cas d'abcès, il y avait absence de rougeur et d'œdème. Dans deux des cas, la fluctuation était perceptible ; dans les deux autres, elle ne l'était pas, à cause de l'épaisseur de la paroi abdominale qui recouvrait l'abcès comme il a été démontré à l'opération.

Quant aux rechutes : sur 68 malades, 5 sont retombés ; 3 ont eu deux rechutes, un en a eu 3, et le cinquième en a eu 4. Il est possible, quoique peu probable, que d'autres ont eu une rechute et ont été soignés ailleurs. Quelquefois la rechute dépend, dans l'appendicite, de ce que l'on permet au malade de se lever avant la résolution complète, et il importe de distinguer ces récidives de celles qui dépendent de la rétention de la sécrétion de l'appendice, ou de la présence d'un corps étranger.

4 sur 5 des cas avec rechute ont guéri ; le cinquième fut opéré et mourut. Les 7 cas à terminaison fatale forment à eux seuls un groupe très intéressant. Le premier est celui d'un jeune homme âgé de 17 ans, chez qui il s'est formé un abcès à la suite d'une ulcération avec perforation du cœcum, compliqué d'une péritonite septique fatale. Ceci a eu lieu en 1885 ; de nos jours on ferait la laparotomie et peut-être avec succès. Dans les 6 autres cas, l'appendice était le point de départ de la maladie. Il a été fait mention d'un de ceux-ci plus haut en parlant de rechutes. Le malade fut opéré en 1885 — avant l'introduction de l'opération moderne — on ne trouva pas d'abcès, et on sutura la plaie à l'exception d'une petite ouverture pour laisser passer un tube à drainage. Il en résulta une péritonite à évolution grave, et à l'autopsie on trouva l'appendice dilaté et contenant plusieurs concrétions. Dans les 5 autres cas, l'appendice était perforé, mais on ne trouva de corps étranger que dans un seul. Tous étaient des hommes âgés respectivement de 19, 24, 30 et 35 ans, et tous moururent de la péritonite consécutive ; une fois par rupture d'un petit abcès ; dans les autres cas par extension du processus inflammatoire.

Dans trois cas, les malades furent admis en pleine péritonite, sans aucun signe qui pût indiquer le point de départ ; la laparotomie fut pratiquée, mais sans succès. Dans le 4e il y avait un empyème de la base de la plèvre et presqu'aucune indication de l'état de l'appendice (qui ne fut révélée qu'à l'autopsie) ; dans le 5e, le dernier, on observa les symptômes d'une péritonite légère, sans aucun signe qui put attirer l'attention vers le cœcum, comme point de départ, et même la fosse iliaque *gauche* semblait la plus intéressée : Immédiatement après avoir été à la selle, le malade fut saisi de collapsus et mourut au bout de quelques heures sans que l'on ait pu l'opérer.

Dans quels cas faut-il opérer ?

Tels sont les faits les plus importants présentés par une analyse de nos 68 cas. A ne tenir compte que de ceux-ci, on pourrait conclure qu'il est rarement nécessaire d'ouvrir le ventre. Une classification est difficile, quoiqu'en présence de chaque cas pris individuellement, il soit assez facile de résoudre la question. Faut-il ou

non opérer ? Néanmoins il me semble que l'on peut diviser les cas qui nécessitent l'intervention chirurgicale en 3 groupes :

1. Ceux dans lesquels on peut diagnostiquer avec certitude la présence du pus.

2. Ceux dans lesquels, la violence ou la rapidité des symptômes aigus font porter le diagnostic de perforation ou de gangrène de l'appendice.

3. Ceux chez qui le repos, les vésicatoires etc., n'ont aucune action pour empêcher les rechutes.

1re *classe*. — Les caractères sur lesquels je m'appuie, pour faire le diagnostic de suppuration, sont la présence d'une tumeur, plus ou moins circonscrite, dans la fosse iliaque gauche, s'étendant quelquefois plus haut, jusqu'à la région lombaire, l'augmentation de ses dimensions, surtout si elle est accompagnée d'œdème ou de rougeur, ou s'il y a un frisson. S'il y a fluctuation, le diagnostic est absolu ; mais il ne faut pas toujours attendre ce signe. En son absence, l'augmentation de la tumeur et une douleur très nette à la pression sont de la plus haute valeur.

La température, associée aux autres signes, est un guide de grande importance ; elle appartient au type hectique. J'ai cependant vu une guérison sans suppuration, chez un malade qui, avec des vomissements, une tumeur circonscrite dans la fosse iliaque droite avec rougeur, avait une fièvre hectique.

Le diagnostic d'abcès étant posé, quelle doit être notre opération? Je proscris l'aspiration. Il faut ouvrir la collection purulente par le bistouri, là où elle fait saillie, ou en l'absence de ce guide il faut faire une incision le long de la ligne semilunaire droite, de manière que son milieu coupe une ligne s'étendant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure. L'œdème du tissu sous-cutané dénote l'adhérence du foyer à la paroi abdominale. S'il n'y a pas d'adhérences, en prenant toutes les précautions nécessaires, on peut empêcher l'infection de la cavité péritonéale générale. On doit faire le lavage à l'éponge et non l'irrigation. Si l'on trouve l'appendice perforé, et si l'on peut le détacher facilement, il faut le faire. S'il est fixé, même en présence d'une perforation, il vaut mieux le laisser en place et bien drainer. Si l'appendice est difficile à trouver, je suis opposé à des recherches prolongées, un bon drainage suffit : dans un de mes cas j'ai fait une seconde incision le long de la crête iliaque à cet effet.

2e *classe*. — Celle-ci est peut-être la plus importante, car la mortalité est élevée, une intervention chirurgicale est souvent nécessaire. Il faut être sur ses gardes, bien observer le malade, de manière à opérer s'il y a lieu avant le début de la péritonite, ce qui est souvent bien difficile.

Les symptômes diffèrent de ceux que nous observons dans la 1re classe.

Il peut n'y avoir ni tumeur, ni fièvre hectique ; on ne perçoit pas de fluctuation, ni d'œdème, ni de rougeur. En général, la maladie débute d'emblée par des vomissements et souvent par un frisson. La douleur est intense et d'abord étendue à diverses parties de l'abdomen ; plus tard elle se localise dans la fosse iliaque droite. Il y a une douleur marquée à la pression, surtout, comme l'a indiquée M. Burnay, en un point situé à peu près à 5 c.m. de distance de l'épine iliaque antéro supérieure, et sur une ligne menée de ce point à l'ombilic, on perçoit quelquefois une tumeur lorsque le malade est anesthésié. En 24 heures la douleur est souvent aggravée et plus localisée. La température s'élève à 39° ou 40° et le pouls est très rapide, en proportion de la température. Si au bout de 48 heures, la douleur au toucher persiste ; s'il y a des vomissements, si la température est élevée et le pouls rapide, si le facies inspire des craintes ; il faut intervenir. Chez l'enfant, j'opère de bonne heure, et quel que soit l'âge du malade, si le ventre se ballonne, il est risqué d'attendre.

Dès le début de l'attaque, le repos au lit doit être absolu ; les applications froides, les sangsues sont d'une certaine valeur. Je préfère ne pas essayer les purgatifs ou les lavements. En général, il y a une fièvre continue, mais l'absence de fièvre, en présence des autres signes, ne doit pas empêcher d'opérer. Dans un cas de péritonite par perforation, quelques heures après le début de la péritonite, une fièvre de 3 jours fut suivie d'une température au-dessous de la normale qui dura 3 jours.

Lorsque l'on s'est décidé à opérer il faut faire une incision dans la direction de l'appendice, s'attendre à ne pas trouver d'adhérence, et par conséquent être prêt à ouvrir la cavité péritonéale. L'incision doit être de 6 cm. en longueur, et doit s'étendre le long de la ligne semilunaire, de manière que son milieu corresponde au point de M. Burnay (voir ci-dessus). On tombe sur le cœcum, et avec les doigts on cherche l'appendice, qui doit se trouver en dedans. Si (comme cela arrive assez souvent) on rencontre une petite collection de pus, il faut l'ouvrir et éponger avec soin ; il est bon d'écarter les lèvres de la plaie de manière à bien voir ce que l'on fait. On continue ensuite à chercher l'appendice. Ses dimensions et sa position varient énormément. Si l'appendice est libre ou adhère très peu, et s'il est ou distendu, ou épaissi, ou contient des concrétions, il faut l'amputer. Il n'est guère souvent possible, quoi qu'on en ait dit, de faire la suture de la couche péritonéale de manière à recouvrir l'extrémité du tronc de l'appendice, et je ne crois pas que le procédé soit nécessaire. Si l'appendice adhère fortement, je le laisse en place, et j'institue un drainage très soigné. Le lavage à l'éponge est, à mon avis, infiniment préférable à l'irrigation.

L'incision médiane du ventre est rarement nécessaire ; elle ne doit être pratiquée que lorsque le diagnostic est douteux (et c'est alors une laparatomie exploratrice), ou lorsqu'il existe une péritonite généralisée.

3e *classe* — Les cas à récidive.

Je n'ai pas encore eu l'occasion d'opérer dans aucun de ces cas. Je crois qu'en général il est préférable d'attendre le cours d'une seconde rechute, à moins que la première ne soit très grave, avant d'intervenir. C'est bien souvent faute d'un repos prolongé dans la première attaque que l'inflammation se rallume dans ces cas ; il y a donc là une indication de la plus haute importance pour le traitement de l'appendicite.

Il est en général préférable d'attendre que les symptômes aigus aient disparu, avant d'opérer, et les détails du procédé opératoire sont les mêmes que ceux que nous avons décrits à propos des cas de la 2e classe.

Le diagnostic peut être quelquefois difficile. Tout récemment j'ai eu dans mon service, une jeune fille atteinte de 3 attaques d'inflammation dans la fosse iliaque droite, pendant le cours de l'année. Nous essayâmes le traitement par le repos, les vésicatoires, les sels alcalins, et une diète sévère; mais cependant la douleur intense dans la région de l'appendice ne se calma point; comme la température s'élevait de 3 à 4 degrés chaque fois qu'elle quittait son lit, je conclus que l'appendice était lésé, peut-être perforé. J'ouvris l'abdomen dans la fosse iliaque, mais je trouvai simplement une adhérence de l'épiploon au cœcum, l'appendice était sain, sans dilatation, sans concrétions.

Il est de la plus grande importance que tous les cas de ce genre soient publiés, afin que nous puissions avoir des données exactes sur tout ce qui peut se rattacher à la question de l'appendicite.

Dr Macevoy.

VARIÉTÉS

La Société d'autopsie fondée à Paris en 1876

Président-fondateur : Dr Coudereau. — Président actuel: Dr J.-V. Laborde.

Nous ne saurions trop recommander à l'attention de nos confrères le document ci-après concernant une institution qui les intéresse à la fois au point de vue pratique et scientifique, et au service de laquelle ils ne sauraient hésiter à mettre leur intervention de propagande :

« Il y a deux siècles, peu de personnages marquants mouraient sans qu'on se crût obligé de faire leur autopsie. En cela, on obéissait un peu à la curiosité scientifique, beaucoup au besoin de s'occuper, même après leur mort, de personnages ayant fait plus ou moins de bruit de leur vivant. L'autopsie était comme la consécration de la notoriété ou de la célébrité Ces nécropsies pratiquées à une époque où les sciences naturelles étaient encore dans l'enfance, ont été d'une médiocre utilité. Néanmoins, l'exemple est bon à suivre, car il y a là, pour la science en général, pour les familles en particulier, des intérêts d'ordre majeur.

Nous avons, depuis peu d'années, des laboratoires d'anatomie pathologique ; mais les médecins des hôpitaux sont à peu près les seuls qui puissent y étudier, et ils ne peuvent examiner que le corps des individus ayant succombé à l'hôpital. La grande majorité des médecins et des anthropologistes ne peut puiser à cette source d'instruction. De plus, les sujets examinés sont *inconnus* ; on ne possède aucun renseignement sur les antécédents, les aptitudes, les qualités et les défauts qu'ils ont montrés. Toutes ces autopsies portent donc sur des *anonymes*.

Or, personne ne conteste plus aujourd'hui la relation intime entre la structure du cerveau et les fonctions de cet organe. Mais la psychologie scientifique destinée à jeter tant de lumière sur toutes les sciences sociales, ne pourra faire de progrès sérieux tant qu'il sera impossible d'étudier scientifiquement le cerveau des personnalités connues soit par leurs actes et leurs œuvres, soit par les renseignements fournis par eux ou par leurs familles.

Au point de vue des familles, l'intérêt n'est pas moins grand. De quelle utilité ne serait-il pas pour elles d'avoir à la mort de chacun de leurs membres un procès-verbal d'autopsie scientifique? Les enfants, les parents du décédé, ainsi avertis des affections héréditaires qui les menacent, pourraient se mettre en garde contre elles. On arriverait par là à constituer une hygiène préventive encore à l'état embryonnaire.

S'inspirant de ces considérations, un groupe de membres de la *Société d'anthropologie de Paris*, dont le premier noyau (1), datant de 1876, a été suivi et continué de façon à assurer la succession ininterrompue de l'œuvre, ont résolu de prêcher d'exemple, en fondant une *Société d'autopsie*. Ils s'adressent à toutes les personnes qui ont souci des intérêts de la science et de l'humanité, à tous ceux qui, s'étant efforcés d'être utiles pendant leur vie, ont le désir de l'être encore après leur mort. »

STATUTS

La Société d'autopsie est fondée sur les bases suivantes :

Article premier. — Chaque sociétaire résolu à concourir au double but scientifique et humanitaire énoncé ci-dessus dispose qu'il sera procédé après sa mort, à son autopsie.

Art. 2. — Afin de lever, par avance, tout obstacle qui pourrait être apporté, après sa mort, à l'exécution de sa volonté, il laissera écrit et signé de sa main, en double exemplaire, dont l'un sera confié à des personnes de son choix, avec le strict devoir de le faire respecter, un testament conçu dans les termes suivants :

« Je soussigné, désire et veux qu'après ma mort il soit procédé à mon autopsie par les soins de la Société d'autopsie, dûment autorisée (par arrêté préfectoral en date du 29 décembre 1880), et par ceux de l'Association pour l'enseignement des sciences anthropologiques, légalement reconnue d'utilité publique.

En conséquence, dans le but d'être utile à la science et de... (2), je lègue au laboratoire de la dite Association mon cerveau et toute autre partie de mon corps, ou mon corps entier, si cela est jugé utile au cours de l'autopsie (3).

Pour le cas où, contrairement à mon attente, les présentes volontés viendraient à être entravées par mes héritiers, je lègue, en franchise de tous droits et frais, une somme de (*indiquer le montant*) à (*par exemple : aux pauvres de la commune de... ou à l'Association susnommée*).

Je désigne pour exécuteurs de ces présentes le président de la Société d'autopsie et le président de l'Association pour l'enseignement des sciences anthropologiques.

Fait à , le . »

(1) Louis Asseline, Assézat, docteur Bertillon, Ernest Chantre, docteur Collineau, docteur Coudereau, docteur Delaunay, Gillet-Vital, Giry, Yves Guyot, Ab. Hovelacque, Robert Halt, Issaurat, Jacquet, docteur Letourneau, G. de Mortillet, docteur Obédénare, docteur Thulié, Eugène Véron, etc. Aujourd'hui le nombre des adhérents est de plus de 100.

(2) Ou tout autre motif comme : préservation des descendants ; — sauvegarde contre l'inhumation prématurée dans le cas de mort apparente ; — garantie en vue de la crémation.

(3) Sauf réserve spéciale formulée par le testateur.

Ce testament pourra être fait sur papier libre, mais *entièrement* écrit, daté et signé de la main du testateur.

Le deuxième exemplaire du dit testament sera adressé au Président de la Société.

Si le sociétaire rédige plus tard un testament pour le règlement de ses affaires personnelles, il devra rappeler dans cet acte, par un codicille, ses intentions relatives à la Société d'autopsie.

Art. 3. — Pour les sociétaires résidant à Paris, l'autopsie sera faite gratuitement par les soins de la Société. Les sociétaires qui n'habitent pas Paris auront à s'entendre avec le président de la Société pour les clauses particulières que rendrait nécessaire leur éloignement. A leur défaut, leur famille ou leur exécuteur testamentaire devront faire connaître le nom et la demeure du médecin qui sera chargé de l'autopsie. La famille fera les démarches nécessaires auprès de l'autorité.

Art. 4. — Un procès-verbal d'autopsie sera toujours rédigé, tant dans l'intérêt scientifique que dans celui de la famille.

Art. 5. — Chaque sociétaire réglera, suivant son désir, les détails de la cérémonie de son enterrement où la Société n'a pas à intervenir.

Art. 6. — Chaque sociétaire s'engage à verser, une fois pour toutes, une somme de 50 francs ou 5 francs par annuité.

Art. 7. — La Société est gérée par un comité de cinq membres qui sont élus en assemblée générale et choisissent le président parmi eux (1).

Art. 8. — Le siège de la Société est au local de l'Association pour l'enseignement des sciences anthropologiques.

Comme on le voit par ce qui précède, les fondateurs et organisateurs de la Société d'autopsie ont eu surtout pour but de faciliter l'étude du cerveau considéré comme organe de la fonction intellectuelle. En conséquence, comme cette étude, pour être fructueuse, nécessite de la part de ceux qui s'y livrent des connaissances spéciales et un outillage particulier, ils ont décidé que ce serait le Laboratoire annexé à l'Ecole d'anthropologie qui serait chargé, à Paris, de faire l'autopsie, et que ce serait à lui que les cerveaux des sociétaires des départements devraient être adressés. Par ces sages prescriptions, les statuts garantissent aussi complètement que possible les intérêts de la science.

La Société d'autopsie, telle qu'elle est constituée, a déjà rendu de grands services à la science, comme on peut s'en convaincre par la description des cerveaux dans les *Bulletins de la Société d'anthropologie*, et dont nous avons cru intéressant et utile de donner plus loin l'énumération.

Ces résultats sont d'autant plus précieux que les manifestations intellectuelles dont ces cerveaux ont été le siège sont parfaitement connues, et sont venues jeter une vive lumière sur la signification des particularités qu'ils présentent. Nous ne saurions donc trop engager les membres de la Société à rédiger eux-mêmes, comme plusieurs l'ont déjà fait, l'histoire détaillée de leur fonction intellectuelle, ou leur *autobiographie psychologique*.

L'important est de bien spécifier les aptitudes qui se manifestent durant la période de la vie où l'organisme est en pleine maturité.

En première ligne se place l'état des organes des sens. Le tact, le goût et l'odorat sont-ils délicats, quelles que soient les excitations dont ils sont le siège ? En conserve-t-on facilement le souvenir ?

L'ouïe est-elle capable de distinguer les sons les plus divers, même lorsqu'ils se présentent simultanément ? Le langage parlé est-il retenu facilement sans le secours de l'écriture ?

L'œil embrasse-t-il sans peine tous les détails d'un tableau naturel ou représenté par le dessin ou la peinture ? Retient-on facilement le langage écrit ou imprimé ? Indiquer si les couleurs sont bien appréciées.

Toutes ces sensations développent-elles rapidement ou avec lenteur une suite d'idées plus ou moins complexes ? Les idées transmises par la parole ou l'écriture sont-elles saisies sans difficultés dans tous leurs détails et retenues fidèlement ?

Exposer l'état de la force musculaire en général, et signaler les régions du corps qui en sont le mieux douées. Indiquer le plus ou moins d'agilité ou de dextérité des membres inférieurs, puis des membres supérieurs. Est-on *droitier* ou *gaucher*, ou *ambidextre*, c'est-à-dire l'un et l'autre ? Le dessin et l'écriture ont-ils été appris avec facilité ? Les résultats obtenus sont-ils bien exacts et corrects ?

Enfin la parole est-elle facile, l'articulation des mots bien nette ? Les sensations bien perçues, les idées bien comprises et bien retenues, sont-elles énoncées clairement ou avec difficulté ?

Il serait également utile d'indiquer la nature du tempérament et du caractère.

Toutes ces particularités se traduisent dans le cerveau par le nombre et la qualité des éléments nerveux qui composent son écorce grise, et influent consécutivement sur la forme et le volume des circonvolutions. Elles sont donc indispensables pour permettre d'apprécier les constatations nécroscopiques.

Le moulage de la face, en reproduisant exactement les traits du défunt, complète les données qui peuvent servir à l'appréciation de la conformation des hémisphères.

Les autopsies ont lieu actuellement sous la direction de MM. le docteur Laborde, professeur à l'Ecole d'anthropologie et directeur du Laboratoire d'anthropologie, chef des travaux physiologiques de la Faculté de médecine de Paris, Georges Hervé, Manouvrier et Mahoudeau, professeurs à l'Ecole d'anthropologie, en présence du président de la Société qui est chargé, s'il y a lieu, du rapport destiné à la famille.

Le musée de la Société d'autopsie possède actuellement les cerveaux suivants dont elle a pu faire l'étude complète, et dont nous donnons l'énumération par ordre alphabétique :

Asseline, Assézat, Broca, Bertillon, Coudereau, Fauvelle, Gambetta, Gillet-Vital, Mme Leblais, Mondière, Sanzel, Eugène Véron.

Si le cerveau du général Faidherbe et le cerveau de Viollet-le-Duc ne figurent pas dans cette

(1) Le comité actuel est ainsi constitué : Le docteur J.-V. Laborde, professeur à l'Ecole d'anthropologie, président ; — docteur Thulié, président de l'Association pour l'enseignement des sciences anthropologiques ; — docteur Letourneau, professeur à l'Ecole d'anthropologie ; — docteur Georges Hervé, *id.* ; — docteur P. Rondeau, trésorier.

collection, c'est à cause de circonstances exceptionnelles : l'état trop avancé de la cadavérisation chez le premier, la mort accidentelle du second à l'étranger.

N. B. — Les adhésions, avec testament à l'appui, et toutes demandes de renseignements doivent être adressées à M. le docteur J.-V. Laborde, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15, à Paris, et le montant de la cotisation à M. le docteur P. Rondeau, même adresse.

(*Tribune médicale*).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Un singulier jugement.

Le Docteur Bauzon, de Chalon-sur-Saône nous adresse la lettre suivante :

Monsieur le Directeur.

Permettez-moi de vous adresser un jugement de justice de paix que je ne qualifierai pas, et de vous demander quelles suites il comporte. (1)

Certains de mes confrères croient que ce jugement doit être transmis à Monsieur le garde des sceaux. Car, s'il était admis, nous ne pourrions pas aller en justice de paix.

Je tiens à votre disposition l'expédition de ce jugement, en attendant voici les considérants :

« Attendu que le Docteur Bauzon se prétend créancier de Jany, de la somme de vingt francs formant le solde d'une créance de 120 fr. pour soins médicaux donnés à la femme Jany sur laquelle 100 fr. seulement ont été payés.

Attendu que Jany conteste avoir jamais dû au docteur Bauzon 120 fr., qu'il prétend avoir tenu compte exact des visites qui ont été faites à sa femme ; que la somme totale ne s'est élevée qu'à 100 fr. par lui payés et qu'il n'est pas douteux qu'en effet 100 fr. ont été payés en différentes fois.

Attendu que la contestation porte non sur la rémunération de chaque visite, mais *sur le nombre des dites visites*.

Attendu qu'aux termes de l'article 1315 du code civil, celui qui réclame *l'exécution d'une obligation* ; doit la preuve, que, quelque honorable que soit le demandeur, il ne saurait se soustraire à faire cette *preuve par les moyens légaux*.

Attendu qu'aux termes de l'article 1331 du code civil, LES REGISTRES ET PAPIERS domestiques ne sont point un titre, pour celui qui les a écrits ; qu'ils ne sont même pas susceptibles de former un commencement de preuves par écrit, suffisant pour autoriser le juge de paix à déférer le serment et encore moins à *autoriser la preuve testimoniale*.

Attendu qu'aucune autre preuve n'a été offerte ; qu'ainsi la demande *n'est pas juridiquement justifiée* par ces motifs.

Statuant en dernier ressort, disons la demande non justifiée. Déboutons le Dr Bauzon de sa demande et renvoyons Jany sans dépens, les dédits dépens liquidés à la somme de 7 fr. 50, non compris le coût du présent jugement. Ainsi jugé et prononcé en audience publique ordinaire de la justice de paix du canton nord de Chalon. Et tenue en la salle accoutumée à Chalon, Hôtel de ville, le samedi 19 août 1893, par nous Joseph Ferdinand Michaud. »

Ces considérants me suggèrent les réflexions suivantes :

1° Il est étrange et peu habituel de voir un débiteur commencer à payer sa dette avant d'être d'accord avec son créancier sur le total de la somme due.

Il est inouï pour un juge de paix d'accepter un compte établi par le débiteur sur une simple feuille de papier, et alors qu'il taxe lui-même le prix des visites à sa fantaisie (par exemple 4 fr. pour des visites de nuit).

3° La théorie de monsieur le juge de paix permettrait à tous nos débiteurs de récuser leurs dettes, si nos livres ne doivent plus faire foi.

4° Quels pourraient bien être, alors, les moyens légaux de preuves demandés par M. le juge de paix ?

5° Il n'est pas inutile de faire remarquer que le Dr Bauzon aurait bien voulu produire ses livres alors qu'il n'y était pas tenu. — Pourquoi, s'ils ne faisaient pas titre, M. le juge les avait-il demandés ?

6° Enfin, pour une audience précédente, devant le même juge Michaud, le même Jany n'avait pas craint d'invoquer la prescription et de lever la main pour une note de 55 fr. réclamée par notre confrère le Docteur Cases.

J'ajoute que j'ai cru devoir donner connaissance à monsieur le juge de paix de quelques jugements relevés dans le *Concours médical*. Je les transcris ci-contre.

1° Avis de jurisconsultes.

« Lorsque la somme ne dépasse pas 150 fr. la preuve par témoins et par simple présomption étant admissible, *les livres des médecins* doivent tout au moins servir de présomption et par suite faire la preuve contre le client. »

2° Le tribunal de Lisbonne vient de décider que la nature particulière de l'exercice de l'art médical dispense les praticiens, soit de l'apport d'une preuve écrite, soit d'une justification par témoin du nombre de leurs visites, dès lors qu'ils produisent des documents de comptabilité d'un caractère suffisamment probant (Voir le jugement in *Concours médical* 1891, page 38).

Il y a mieux :

Tribunal civil de la Seine (7e chambre).
Audience du 8 décembre 1884.

« Le client qui ne paie pas comptant le médecin, aux soins duquel il a recours, doit être considéré comme s'en étant rapporté aux notes du docteur pour constater le nombre des visites faites — en conséquence, lorsque le client conteste le nombre des visites réclamées, *c'est à lui* qu'incombe la charge de la preuve. »

(1) Nous avons conseillé à notre confrère de consulter M. le Président *Dubrac* (de Barbezieux), dont la compétence, en ces questions, est si grande.

BULLETIN DES SYNDICATS

Service militaire des étudiants en médecine.

Six Conseils généraux ont voté, dans leur dernière session, le vœu émis par le Bureau de l'Union au sujet du service militaire des Etudiants en médecine, ce sont ceux des départements des Ardennes, de la Marne, de la Mayenne, de la Vendée, du Gard et de la Loire-Inférieure. D'autres Conseils généraux ont certainement pris la même décision, mais le Bureau de l'Union n'en a pas encore eu connaissance et nous ne saurions trop engager les Présidents ou les Secrétaires des Syndicats à nous signaler les départements où des vœux dans le même sens ont été émis. Il est important que nous soyons mis au courant de toutes les délibérations prises à ce sujet par les assemblées départementales, avant de reporter la question devant la Chambre des Députés et le Sénat.

Voici le texte du vœu que le Syndicat des médecins de la Loire-Inférieure a prié MM. les docteurs Gabory, Chantereau et Dupos de présenter et de défendre devant le Conseil général dont ils font partie et qui a été adopté à l'unanimité le 9 septembre dernier :

« Nous demandons que l'article 23 de la loi « du 15 juillet 1889 soit modifié dans le sens sui- « vant :

« Les étudiants en médecine pourront être « mis, sur leur demande, en sursis d'appel jus- « qu'à l'obtention du diplôme de docteur en « médecine,ou de leur nomination comme interne « titulaire des hôpitaux nommés au concours « dans une ville où existe une Faculté de méde- « cine *ou une Ecole de plein exercice.*

« Avant l'âge de 27 ans et dans l'année qui « suivra leur réception ou leur nomination, ces « docteurs en médecine ou internes des hôpitaux « seront appelés, par le service de santé, à ac- « complir une année de service comme *médecins « stagiaires* ; ils devront ensuite être renvoyés « dans leurs foyers, après avoir été nommés « médecins aides-majors de 2e classe de réserve, « s'ils ont satisfait aux conditions exigées par « les programmes établis en vue de l'obtention « du titre.

« En cas de mobilisation, les étudiants en « médecine seront versés dans le service de « santé. »

Dr Porson.

On remarquera qu'il diffère sur deux points de celui de l'Union : C'est d'abord en ce qu'il étend aux internes des villes où existe une Ecole de plein exercice les avantages demandés pour ceux des villes où se trouvent des Facultés. Toutes se trouvent dans ce cas et l'on sait que les internes de ces hôpitaux peuvent aller de pair avec ceux de la plupart des Facultés de province ; il ne serait donc que juste de leur accorder les mêmes avantages.

En second lieu il demande que les Etudiants en médecine fassent leur service militaire comme médecins *stagiaires* et non comme médecins *auxiliaires* ; cette dernière appellation était en effet inexacte, car elle s'applique actuellement à une catégorie d'étudiants en médecine, non encore reçus Docteurs, ou aux Officiers de santé. Les élèves de l'Ecole de service de santé militaire de Lyon, en quittant cette école, une fois reçus Docteurs, passent une année au Val-de-Grâce, comme médecins *stagiaires* avant d'être nommés médecins aides-majors de 2e classe. Ce titre de stagiaire conviendrait donc mieux à nos jeunes confrères civils, pendant l'année qu'ils passeraient sous les drapeaux et qui constituerait pour eux un véritable stage analogue à celui qui est imposé aux médecins militaires, avant d'avoir aucun emploi dans l'armée.

Dr L. Porson.

Syndicat d'Aisne-et-Vesle

23 mars 1893.

Présents : MM. Woimant, *Président*, Gaillard, *Vice-président*, Lécuyer, *secrétaire*, Faille, Lefèvre, Lancry, Van Bunnen, Delaporte.

Représentés : MM. Henrionnet, Préaulx et Deligny.

Renouvellement du Bureau.

Il est procédé au renouvellement du bureau. L'ancien bureau est renommé à l'unanimité.

M. le Président Woimant remercie ses confrères au nom du bureau, et il croit être l'interprète de tous les membres du Syndicat en félicitant M. le Dr Lécuyer de sa réélection de secrétaire adjoint de l'Union des Syndicats médicaux, et de sa nomination comme membre du Conseil départemental d'hygiène de l'Aisne. Cette double nomination récompense notre secrétaire de ses travaux sur l'exercice de notre profession et sur l'hygiène publique. *Approbation générale.*

Le Syndicat, sur la proposition du président, nomme à l'unanimité, président honoraire, M. Dulien premier président et promoteur de notre Syndicat.

Annonces de clientèles médicales.

Le Secrétaire lit le travail suivant sur les annonces de clientèles médicales :

Mes chers confrères,

Je tiens à mettre en garde nos jeunes confrères contre les annonces (presque toujours trompeuses) des journaux de médecine concernant les clientèles médicales à prendre. Confiants, ils arrivent dans les postes annoncés, et le plus souvent ils sont de suite déçus : ou bien c'est un village ne possédant pas de médecin et qui en voudrait un, ne se demandant pas s'il aura de quoi vivre dans le pays; ou bien c'est une municipalité qui, par haine politique ou autre, cherche à faire du tort au ou aux médecins de la localité.

Exemples :

Je lis dans un journal de médecine l'annonce suivante :

La commune de Landouzy-la-Ville (Aisne) demande un médecin pour desservir cette commune et les localités environnantes. — Pour renseignements s'adresser à M. le Maire.

C'est le type des annonces ordinaires.

Voici la vérité : cette commune n'a jamais eu de médecin. Elle est à trois kilomètres d'Origny qui en a deux et les nombreux hameaux dont se compose cette commune sont parfaitement desservis par les médecins de Martigny et de Plomion.

Il ne faut donc pas tenir compte de cette annonce.

L'annonce, suivante est plus forte :

La commune d'Yvors (Aisne) desservie par la ligne de Soissons à Paris, qui avait toujours possédé un médecin, en est dépourvue. La clientèle s'exerce sur 4,000 *habitants formant la population de cette commune et de* 13 *communes voisines, également privées de médecin. Recouvrements faciles.*

Eh bien ! il n'y a pas un mot de vrai dans tout cela.

Jugez-en :

1° Le village d'Yvors n'est pas dans l'Aisne, il est situé dans l'Oise.

2° Il n'est pas desservi par une gare, mais distant de 6 kilomètres d'une petite station (Vaumoise) que brûlent les trains express et directs et où ne s'arrêtent que les trains omnibus.

3° La commune a trois cent treize habitants (chiffre officiel) et je ne sais comment on peut réunir 4,000 habitants avec les communes voisines. Il est vrai qu'on pourrait en avoir davantage en reculant le périmètre.

4° Yvors et les communes voisines sont parfaitement desservies par les docteurs de Betz, de Villers-Cotterêts et de Crépy-en-Valois.

5° Le pays est pauvre, composé de petits cultivateurs et les recouvrements ouvriers sont difficiles, comme partout du reste.

6° Depuis 15 ans, il n'y a plus de médecin dans

la commune et le dernier officier de santé vivait plus du produit de l'épicerie, que gérait sa femme, que de sa clientèle.

Avouons, chers confrères, que si, après ces renseignements pris, un jeune médecin désirait s'établir dans la ville d'Yvors, il faudrait qu'il possédât des rentes suffisantes pour y vivre.

Autre annonce alléchante :

La commune de Deville (Ardennes) demande un médecin pour desservir cette commune et les communes voisines de Laifour, Sécheval, les Mazures, soit une population totale de 3,400 habitants. (Gare, bureau de poste.)

Subvention annuelle de la commune de Deville : 2.000 *fr. ; subvention annuelle de la Société de secours mutuels,* 1,000 *fr. ; Deville est situé à* 5 *quarts d'heure du chemin de fer de Charleville*

C'est superbe en apparence : 3000 fr. de fixe ! Quel jeune docteur, en quête de position, ne serait attiré par cette perspective dorée ?

A la dissection, le tableau s'assombrit.

Pour 1.000 fr. le médecin doit soigner près de 300 membres de la Société de Secours, soit 3 fr. 50 par personne ; de plus, la commune ne donne sa subvention qu'à condition que le médecin ne demandera pas plus de 1 fr. par visite !

Les villages voisins sont desservis par d'autres confrères; de sorte que le maximum que puisse faire le médecin est d'environ 4,000 fr. Déduisez le loyer, la patente, les 100 fr. d'honorariat de la Société de secours mutuels, etc., et vous vous convaincrez qu'il reste juste au confrère de quoi mourir de faim.

Notez que je ne parle pas de la dépendance où se trouve le malheureux vis-à-vis de la commune, des patrons, des ouvriers : il n'est pas étonnant que, depuis 10 ans, trois médecins se soient succédé, dans ce poste peu enviable et se soient empressés de recouvrer au plus tôt leur indépendance.

Il y a quelques années, dans un journal, médical de nom, servi gratuitement au corps médical et qui ne vit que d'annonces entremêlées d'articles plus ou moins pornographiques, recueillis dans les vieux ana du siècle dernier, parut l'annonce ordinaire : La commune de X..... demande un médecin. Or, le médecin qui exerçait depuis longtemps dans cette commune suffisait amplement, il n'avait pas démérité et il était aimé et estimé de tous. J'ai des raisons pour le certifier, car je le connais parfaitement.

La municipalité, qui du reste ne représentait pas le pays, voulait se venger de la popularité dudit médecin et de ses idées politiques.

Elle se met en quatre et ne réussit qu'à lui mettre un pharmacien dans les jambes; en quoi faisant, elle rendait un mauvais service au pharmacien qui, on peut le dire, a été volé et ne le pardonne pas à ceux qui l'ont attiré.

Aucun médecin n'est venu, les confrères voisins soutinrent le médecin, faisant en cela acte de camaraderie et de solidarité.

Ajoutons que mon ami est maintenant à la tête de la municipalité et que l'ancienne a eu aux élections suivantes un échec complet.

Justice immanente des choses !

Je le demande : dans ces conditions quelle figure aurait faite un naïf jeune homme arrivant à X..... avec toutes les illusions du débutant ?

Les journaux de médecine ne devraient pas insérer d'annonces semblables, avant de s'adresser au président du Syndicat, ou de l'Association locale pour en connaître le bien fondé.

Que l'on se méfie également des annonces qui disent de s'adresser pour renseignements complémentaires au pharmacien de la localité.

Je connais une commune qui avait deux médecins. Elle n'en a plus qu'un, mais qui ne fait pas beaucoup d'ordonnances ; ce médecin suffit parfaitement au pays. Eh bien ! le pharmacien fait tout ce qu'il peut pour en faire venir un second.

Le métier médical devient de plus en plus dur, exploité constamment par tous, particuliers et administrations. Le nombre des médecins, quoi qu'on en dise, est suffisant. Serrons-nous les coudes, syndiquons-nous, associons-nous et rendons-nous solidaires, nous y gagnerons, non seulement au point de vue professionnel, mais encore en estime publique et en considération.

Que les jeunes médecins demandent des conseils à leurs aînés et qu'ils ne s'installent jamais dans une localité sans s'être renseignés auprès des présidents ou secrétaires des Sociétés ou Associations médicales des environs.

Je crois avoir démontré qu'ils y ont tout intérêt.

Le Syndicat approuve le rapport de son secrétaire et tous ses membres feront tout ce qui sera en leur pouvoir pour empêcher les jeunes médecins, qu'ils pourraient connaître, de s'établir dans d'aussi mauvaises conditions et sans renseignements suffisants.

Le Syndicat répondra à toutes les demandes de renseignements après enquête minutieuse par son secrétaire.

Le Secrétaire,
Dr H. Lécuyer.

Nous applaudissons à la lecture documentaire et suggestive de M. *Lécuyer* et aux résolutions prises par le syndicat. Nous avons toujours aidé, d'une façon très active, depuis quinze années, à la bonne répartition des clientèles médicales et nous n'avons jamais, qu'après enquête, reproduit des annonces de clientèle venant d'une autre source que celle des membres de notre société, sans nous être renseignés auprès des médecins de la région. Nous sommes assaillis de demandes d'insertion, que nous repoussons sans hésitation. Exemple récent : le 8 septembre, nous trouvons, au bureau, un personnage en train de rédiger, en notre absence, une note explicite. — C'est un jeune notaire ; il est à peine depuis quelques jours établi dans la commune. Colloque : Monsieur, ma commune, en Seine-et-Oise, désire un médecin. — Désir que nous comprenons ; que fait votre commune pour satisfaire ce désir ? — Mais, rien que je sache ! — A-t-elle un médecin ? — Oui, un officier de santé. — Quelle population ? — 800 âmes. — Et le médecin ne suffit pas ? — Si, mais on ne l'aime guère ; il n'a pas les opinions de la majorité. — Et alors, vous en voulez un second qui, partagera le gâteau des 800 âmes ! et vous venez nous demander de vous aider dans ce noble dessein ! etc... Bref, le Monsieur interloqué s'excuse et a le courage de nous demander à qui, à notre avis, il pouvait s'adresser ! !

Syndicat médical des Basses Cévennes.

26 *août* 1893.

Présents : MM. Mazel, *Président* ; Balestrier, Bourguet, Boutes, Galtier, Jacob, Maquet, Nine, Rocheblave, Tarrou.

Nomination d'un secrétaire trésorier.

On procède à la nomination du secrétaire-trésorier en remplacement du regretté docteur Cambassédès. Le docteur Bourguet est choisi et prend place au bureau.

Exercice de la pharmacie.

Le Syndicat, après examen du projet de loi sur l'exercice de la pharmacie, se range unanimement à l'avis de notre distingué confrère le Dr Gassot et adopte la rédaction qu'il a proposée

pour l'article 11, ainsi que ses amendements aux articles 12 et 13.

Assistance publique.

Le Syndicat, après discussion approfondie, décide que les hôpitaux doivent être exclusivement consacrés aux pauvres et que les malades non indigents ne doivent pas y être admis.

Sociétés de secours mutuels.

L'examen de cette question plus complexe est renvoyé à une séance ultérieure et on nomme pour l'étudier une commission composée de MM. Balestrier et Tarrou.

Service militaire.

Le Syndicat approuve le président d'avoir fait présenter, au Conseil général du Gard, le vœu en faveur du service militaire des étudiants en médecine, tel qu'il est formulé dans la circulaire de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Dr BOURGUET.

REPORTAGE MÉDICAL

Trop de lait dans les hôpitaux. — Le directeur de l'Assistance publique vient d'adresser une circulaire aux directeurs d'hôpitaux pour qu'on veille très sérieusement à ce que le lait ne soit donné qu'aux malades pour lesquels il est indiqué par les chefs de service. Il semble croire qu'on continue à marquer le lait sur les cahiers de visite, par habitude, quand on l'a marqué une fois, et nullement parce que cela était nécessaire.

Nous croyons que M. Peyron fait erreur et s'il y a, parfois, quelques abus, ils sont bien rares. Nous nous souvenons avoir vu souvent, naguère, des malades mis au régime lacté, ne pas en recevoir une goutte le jour de leur arrivée, parce qu'il n'y en avait pas assez pour le service, et qu'il faut toujours attendre 24 heures pour que cette prescription soit exécutée.

— *Prix Charles Boullard.* — On vient de fonder à l'Académie de médecine un prix pour les aliénistes. Il sera décerné, tous les deux ans, au médecin « qui aura fait le meilleur ouvrage et obtenu les meilleurs résultats de guérison, sur les maladies mentales ».

A ce prix sont affectés les revenus d'une somme de 20.000 francs, léguée par Mme Hédouin, veuve Boullard.

— *Transfert de la chaire de clinique médicale de l'hôpital Necker à l'hôpital Saint-Antoine.* — M. Hayem, qui, précédemment professeur de thérapeutique, devient, par la mort de M. Péter, professeur de clinique médicale, a obtenu, paraît-il, que cette chaire fût transférée à Saint-Antoine où il a son service organisé depuis longtemps. Si les élèves peuvent, grâce à ce changement, apprendre de leur nouveau professeur, des notions pratiques et claires sur le chimisme stomacal, le diagnostic chimique et le traitement des affections gastriques, nous ne nous plaindrons pas de ce changement qui dégarnit un peu le grand centre médical de Necker.

— *Défense de cracher dans les voitures publiques.* — Le Congrès de la tuberculose a obtenu une chose dont tout le monde a senti depuis longtemps la nécessité: il a été affiché dans un certain nombre d'omnibus et de tramways qu'il était défendu de cracher sur le plancher. Nous ferons seulement remarquer que l'avis est peu apparent; et que, pour qu'il ait quelque valeur, il est nécessaire que cette défense soit sanctionnée par une pénalité, qui serait l'expulsion des personnes ayant enfreint l'arrêté. Mais, pour cela, il faudrait que les conducteurs fussent bien pénétrés de l'importance de cette défense; et nous ignorons si on leur a fait une petite conférence à ce sujet.

— Nous apprenons avec plaisir que le docteur Barat-Dulaurier, de Saint-Antoine-sur-l'Isle (Gironde), ancien président de l'Union des syndicats médicaux, vient d'être nommé chevalier du mérite agricole.

— *L'électrocution aux Etats-Unis.* — L'exécution des condamnés à mort par l'électricité aux Etats-Unis semble devenir un véritable plaisir de dilettante. A la dernière exécution on s'y est repris à plusieurs fois, et le patient est resté près d'une heure à moitié mort seulement, en proie à des convulsions terribles, calmées tant bien que mal par des injections de morphine, pendant qu'on arrangeait de nouveau l'appareil dont les conducteurs avaient été brûlés par le passage d'un courant de 1800 volts qui n'avait pas tué le condamné. Au bout d'une heure de cette lutte terrible d'un organisme pour la vie, on a pu achever l'exécution.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

Vient de paraître :

Etude sur le dermographisme, par Toussaint BARTHÉLEMY. Bel in-8° de 300 pages, illustré de 17 planches hors texte. Prix : **7 fr. 50.** (Envoi franco contre un Mandat adressé 4, rue Antoine-Dubois, Paris.)

M. le Dr Barthélemy, médecin de Saint-Lazare, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris à l'Hôpital Saint-Louis, s'est attaché à faire sur le sujet qu'il a choisi la monographie la plus fouillée qui ait encore été publiée sur le *Dermographisme* ou *Dermoneuroses toxivasomotrice*.

On appelle ainsi la propriété qu'ont certains sujets de pouvoir conserver, pendant une durée qui peut varier de vingt minutes à vingt-quatre heures et plus, les caractères, les inscriptions, les dessins, les signes et les marques faits sur la peau par le simple contact d'une pointe mousse ou de l'ongle, voire par la simple imposition des mains. Les caractères paraissent en blanc, puis en rose, et, dans certains cas, forment des élevures extrêmement saillantes.

Puis tout disparaît peu à peu sans que la moindre trace persiste et sans qu'on puisse au toucher ni à la vue distinguer la peau dermographique de celle qui ne l'est pas.

L'être tout entier est doué virtuellement de cette disposition ; car tout point excité, ou même seulement touché, réagit ; mais certaines régions constituent des sièges d'élection très nette.

Aucune race, aucune classe n'en est exempte.

Tel est, en deux mots, le phénomène qui est étudié là sous toutes ses faces : dans ses symptômes et son diagnostic, dans ses causes, dans ses relations avec le nervosisme et l'arthritisme, dans ses variations, dans ses conséquences et ses significations.

La question des Etres humains capables de produire et surtout d'emmagasiner des quantités plus ou moins considérables d'électricité se trouve ainsi posée et discutée. Des expériences qui n'ont encore jamais été faites au moyen des courants électriques alternatifs à haute tension et à haute fréquence sont exposées en détail.

Il en est de même de la question de l'hystérie des animaux et du dermographisme sur les chevaux, par exemple.

Net 6 fr. pour MM. les membres du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année N° 38 23 Septembre 1893

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

La loi sur l'exercice de la pharmacie.

Pendant que nous nous efforcions d'obtenir le vote de la loi Chevandier, — loi qui a ses imperfections, sans doute, mais qui donne satisfaction à nombre de nos aspirations et qui, selon l'usage qu'on en fera, sera plus ou moins féconde en bienfaits — les pharmaciens, de leur côté, s'occupaient de faire reviser la loi de Germinal.

Les luttes que, si longtemps, nous avons dû soutenir, les ont fort peu préoccupés : ils n'avaient pas à combattre des propositions qui, pour eux, étaient sans intérêt, et le seul article qui concernait la pharmacie fut distrait de la loi Chevandier et renvoyé à la loi sur l'exercice de la pharmacie.

Maintenant que cette dernière loi arrive à l'ordre du jour, les dissentiments entre les deux professions apparaissent, les intérêts opposés surgissent...... Nous ne nous laisserons pas entraîner ; nous voulons, de ferme propos, discuter les articles contestés avec l'impartialité la plus grande, sans acrimonie aucune et sans nous départir de quelques principes qui s'imposent aux pharmaciens, comme aux médecins.

Le plus de médecine aux médecins, le plus de pharmacie aux pharmaciens. — Nous ne pouvons pas dire : toute la médecine aux médecins, toute la pharmacie aux pharmaciens, puisque, justement, le législateur aura à s'occuper des articles qui règlent les circonstances dans lesquelles le médecin peut faire un peu de pharmacie et où, par une juste compensation, le pharmacien peut faire un peu de médecine, en délivrant certains remèdes sans ordonnance.

Pharmaciens comme médecins doivent encore accepter un autre principe : *l'intérêt du malade passe avant leur intérêt propre*, et la règle première doit fléchir, lorsqu'il se rencontre des circonstances où, pour secourir le malade, il est nécessaire que le médecin usurpe les fonctions du pharmacien et réciproquement.

Il est encore une concession, qu'à notre avis, nous pouvons faire aux pharmaciens, surtout à ceux qui se réclament de leur double qualité d'hommes de science et de commerçants. Ils déclarent ne pouvoir, lorsqu'il n'y a pas péril pour le malade, refuser de délivrer un certain nombre de substances, que le public leur réclame et qu'avec son argent, il a bien le droit de pouvoir se procurer, sans passer par l'intermédiaire du médecin.

Ils disent que, par compensation, la loi nouvelle accorde aux médecins le droit de délivrer les médicaments d'urgence ; qu'enfin, à l'époque de liberté où nous vivons, nous serions mal venus de nous montrer intolérants et de ne pas nous rendre à des arguments tels que celui-ci : « Si je me montre trop scrupuleux, mon concurrent d'en face le sera moins : il s'empressera d'accorder ce que je refuserai et je serai victime ! » C'est donc avec la plus juste raison, selon eux, que la loi stipule :

Article 12. « Toute substance, constituant un médicament simple ou composé, sous quelque forme que ce soit, peut, sauf l'exception prévue par l'article suivant, être librement délivrée par le pharmacien, avec son étiquette et sur la demande expresse de l'acheteur et ce, sans qu'il puisse être dérogé aux lois sur l'exercice illégal de la médecine.

Le médicament, ainsi vendu, devra porter, sur l'étiquette, le nom de la substance, ou des substances actives, qui en forment la base.

L'obligation relative à cette indication ne s'applique pas aux médicaments préparés pour un cas particulier, sur la prescription d'un médecin, rédigée de manière à pouvoir être exécutée dans toutes les pharmacies.

Elle ne s'applique pas, non plus, aux médicaments qui sont inscrits dans le Codex, à la condi-

tion qu'ils soient vendus sous la même dénomination que celle du Codex.

Aucun médicament simple ou composé, de fabrication Française ou Etrangère, ne pourra être livré au public, sans que le nom ou la formule exacte et précise n'aient été déposés à l'Académie de médecine, s'ils ne se trouvent inscrits au Codex.

Tout pharmacien français pourra en prendre connaissance et livrer la substance, ou exécuter la formule, sauf à respecter la marque adoptée par l'auteur de la formule.

Article 13. — Sont exceptés des dispositions de l'article précédent, les *substances simples toxiques* et les *médicaments composés doués de propriétés vénéneuses* qui sont nominativement désignés dans le décret du 8 juillet 1850 ou qui le seront, soit dans le règlement d'administration publique prévu à l'article 26 de la présente loi, soit dans les décrets ultérieurs.

« Ces substances ne pourront être délivrées par des pharmaciens, que sur la prescription qui en sera faite par les médecins ou ceux qui ont le droit de signer une ordonnance.

« Si les pharmaciens conservent l'ordonnance médicale, ils devront en délivrer, s'ils en sont requis, une copie certifiée conforme.

« Toute ordonnance médicale exécutée dans une pharmacie ne sera rendue qu'après l'apposition du timbre de la pharmacie.

« En outre, il sera dressé dans le *Codex* une liste de médicaments, dont chaque délivrance ne pourra être faite que sur une ordonnance nouvelle. »

Or, ce n'est pas sans les plus vives appréhensions que le corps médical a lu ce nouvel article 12, malgré les correctifs que lui apporte l'article 13. Et, nous le disons immédiatement, ces appréhensions sont on ne peut plus légitimes.

A Paris et aussi dans les Départements, sous l'empire de la loi de Germinal, un grand nombre de médecins vivent en bons rapports avec les pharmaciens : ils font de la médecine, rien que de la médecine — c'est leur règle — les pharmaciens font toute la pharmacie, et les médecins ont toujours toléré la vente directe et sans ordonnances, de médicaments que, nous le concédons volontiers, les pharmaciens peuvent délivrer à l'acheteur qui les leur demande.

Mais, il est impossible de le nier, à côté de ces médecins et pharmaciens vivant en bonne intelligence, il en est d'autres, en grand nombre aussi, qui sont en conflit perpétuel.

En règle très générale, le médecin ne fait pas commerce de médicaments : s'il en vendait, rien ne serait plus facile que de le faire condamner, car le fait de livraison de remèdes, de facture payée par le client est aisé à constater et à poursuivre.

Il n'en est pas de même pour la délivrance des médicaments dans les pharmacies : rien n'est plus difficile que de saisir un conseil médical, un examen, voire même un pansement ; — de là, regrettable mésintelligence, récriminations, tiraillements incessants, etc.....

Que va-t-il advenir si ces pharmaciens dépassent les bornes de leur mandat d'auxiliaire du médecin, dans le traitement des maladies ? Si on leur concède le droit de délivrer, sur la demande de l'acheteur, toute substance constituant un médicament simple ou composé, sous quelque forme que ce soit, excepté les substances simples toxiques et les médicaments composés doués de propriétés vénéneuses ?

Il est évident, pour tout homme de bon sens, que la plupart des malades pourront se faire traiter par eux et aussi longtemps qu'ils le voudront.

Le médecin ne pourra qu'épiloguer sur les substances employées, faire constater si elles sont ou non toxiques, faire pratiquer des saisies de médicaments livrés, les faire analyser, etc., etc.. Voilà des conflits sans cesse renaissants.

Veut-on que le pharmacien ait le droit d'exercer la médecine courante, en s'abstenant seulement dans les cas graves, s'il en a le courage, quand on le sollicite, et s'il en a le discernement auquel ses études ne l'ont aucunement préparé ? C'est décréter que les médecins ne feront plus de médecine ; c'est décréter leur disparition dans les localités où l'on trouve déjà leur nombre insuffisant, puisque, neuf fois sur dix, les pharmaciens pourront faire la médecine courante, et que nous savons très bien que les cas bénins sont les plus nombreux, de beaucoup, et que le médecin ne peut vivre des seuls cas graves.

La loi tendrait donc à laisser le traitement au libre discernement du public qui paie et du pharmacien qui exerce sa profession. Autant vaudrait proclamer la liberté complète des deux professions.

Non, les pharmaciens ne peuvent avoir de telles prétentions : ils seront les premiers à reconnaître que les médecins ont leur raison d'être et qu'eux-mêmes profitent de leur intelligence, de leur renommée, de leur activité proverbiale, etc... Il est donc de leur intérêt bien entendu, de ne pas nuire à une profession qui motive la leur.

Est-ce d'un cœur léger qu'ils risqueraient d'être cause d'un appel trop tardif du médecin, dans un cas qui peut rapidement devenir grave ? Nous ne pouvons le croire, mais nous estimons que la loi qui va les régir ne peut les placer constamment entre leur intérêt et leur devoir !

Il faut donc que l'article 12 soit modifié et qu'au lieu de cette liberté presque absolue que nous ne pouvons admettre, il donne aux pharmaciens la seule latitude dont ils ont vraiment besoin. Il faut qu'*il spécifie dans une liste* les remèdes simples dont nous acceptons la délivrance en toute liberté par les pharmaciens. Et c'est ici que nous convions les pharmaciens, qui toujours ont vécu en bonne intelligence avec les médecins, qui ont été leurs collaborateurs scrupuleux et non leurs concurrents, à élever la voix et à dire qu'ils ne réclament en aucune façon le droit de faire de la médecine et que l'appât d'un gain plus grand ne suffit pas à leur faire affronter des responsabilités qui ne sont pas de leur domaine.

Nous dirons, nous, que nous sommes disposés à donner satisfaction à leurs revendications légitimes, et ils accepteront la rédaction proposée par notre collègue, le Dr Gassot, dont la compétence sur ces questions est reconnue de tous.

La loi ne dira pas : Vous délivrerez librement tous les médicaments simples ou composés excepté ceux qui figurent sur la liste suivante.....

Elle devra dire : vous délivrerez librement telles et telles substances qui figurent sur la liste suivante.

Autrement dit, l'article 12 sera rédigé comme suit :

Les pharmaciens peuvent, sans déroger aux lois sur l'exercice illégal de la médecine, librement délivrer sur la demande de l'acheteur, les substances, constituant des médicaments simples ou composés, *dont la liste aura été arrêtée par le règlement d'administration publique* prévu par l'article 26 de la présente loi.

Les médicaments ainsi vendus devront porter sur l'étiquette le nom de la substance ou des substances composantes. Toutefois l'obligation de cette indication ne s'applique pas aux médicaments inscrits au codex, à condition qu'ils soient vendus sous la même dénomination que celle du codex.

Si nous parvenions à nous accorder sur cet article 12, l'entente ne saurait manquer de s'établir sur les autres points.

En cas d'urgence, l'intérêt du malade prime tout : le pharmacien peut donner les premiers secours, comme le médecin lui-même peut le faire.

N'est-il pas de tradition que, si un accident survient sur la voie publique, le malade ou le blessé est immédiatement transporté à la pharmacie voisine ? De même que le médecin ne peut s'élever contre cette pratique nécessaire, le pharmacien ne protestera pas non plus contre la délivrance d'un médicament immédiatement nécessaire.

Sur la question de l'unification du diplôme nous sommes d'accord, comme aussi sur l'intrusion des étrangers, sur la concurrence des épiciers et de tous les médicastres.

Reste donc l'article 11 qui règle les cas où légalement le médecin pourra délivrer des médicaments à ses malades : nous ne demandons pas plus la disparition des pharmaciens que ceux-ci ne peuvent demander la disparition des médecins ; nous voulons simplement que la question soit réglée dans le même esprit de loyauté que pour l'article 12.

Il ne faut pas qu'un artifice de rédaction enlève, ou restreigne par trop, un droit reconnu nécessaire ; il ne faut pas que la pratique rende impossible les concessions qui auront pu être faites.

L'article 11 est ainsi rédigé dans le projet :

« Art. 11. — Les médecins établis dans les communes où il n'y a pas de pharmacien peuvent fournir *sur place* des médicaments aux malades près desquels ils sont appelés et dont le chef-lieu de la commune est éloigné de 4 kilomètres de toute pharmacie, mais sans avoir d'officine ouverte. Dans ce cas, ils sont soumis à toutes les obligations résultant pour les pharmaciens des lois et règlements en vigueur, à l'exception de la patente.

« Pour satisfaire aux cas d'urgence, les médecins, même alors qu'une ou plusieurs pharmacies existent dans la localité qu'ils habitent, sont autorisés à avoir chez eux certains remèdes, dont la liste sera dressée par un règlement d'administration publique, qu'ils pourront distribuer à leurs malades dans les circonstances prévues par le même règlement.

« Les vétérinaires diplômés ne peuvent tenir officine ouverte ; ils sont autorisés seulement à préparer et délivrer les médicaments destinés aux animaux confiés à leurs soins, tout en se conformant aux lois et règlements relatifs aux substances toxiques. »

Nous demandons que les mots *sur place* soient retirés, puisque le médecin qui se trouve dans le cas voulu, sera bien souvent obligé d'envoyer les médicaments à ses malades, pour leur éviter des déplacements préjudiciables. Nous acceptons, d'autre part, la distance de 4 kilomètres que ne spécifiait pas la loi de Germinal ; il ne nous paraît pas équitable, en effet, que dans deux bourgades séparées par le pont d'une rivière, le médecin ait ou n'ait pas le droit de délivrer des médicaments selon qu'il n'existe pas ou existe une officine dans sa résidence.

Sur le second paragraphe, visant les cas d'urgence, c'est encore une simple modification de rédaction que nous réclamons : les mots : *sont autorisés à avoir chez eux certains remèdes*, doivent être supprimés ; ils ne signifient rien, la loi ayant à réglementer non pas ce que les médecins peuvent avoir chez eux — cela ne regarde personne — mais ce qu'ils peuvent délivrer. Il faut dire : *sont autorisés à délivrer sur place* certains remèdes dont la liste, etc...

C'est la rédaction qu'avait proposée M. le Dr Gassot qui nous paraît devoir être adoptée. La voici :

Art. 11. — Les médecins établis dans les communes où il n'y a pas de pharmacien *peuvent fournir des médicaments aux malades auxquels ils donnent leurs soins, et dont le domicile est éloigné* de 4 kilomètres de toute pharmacie, mais sans avoir d'officine ouverte. Dans ce cas, ils sont soumis à toutes les obligations résultant pour les pharmaciens des lois et règlements en vigueur, à l'exception de la patente.

Pour satisfaire aux cas d'urgence, les médecins, même alors qu'une ou plusieurs pharmacies existent dans la localité qu'ils habitent, sont autorisés *à délivrer sur place certains remèdes* dont la liste sera dressée par un règlement d'administration publique *et dans les circonstances* prévues par le même règlement.

Enfin, et toujours d'accord avec notre confrère nous pensons qu'une disposition transitoire doit ménager les situations acquises et empêcher que des intérêts fort respectables ne soient lésés. Il faudrait donc ajouter :

La distance légale de 4 kilomètres d'une officine, n'est pas applicable aux médecins qui, au moment de la promulgation de la présente loi, seraient, en vertu de la loi du 21 Germinal an XI, autorisés à délivrer des médicaments à leurs malades. Ils continueront à délivrer ces médicaments dans les mêmes conditions que par le passé.

Nous dirons encore que l'article 15 nous paraît consacrer une disposition regrettable :

« Art. 15. — Peuvent être librement vendus par des personnes non pourvues du diplôme de pharmacien certains médicaments simples, d'un usage courant, ainsi que les plantes médicinales fraîches ou sèches dont la liste sera insérée au *Codex*. »

Un certain nombre de pharmaciens pourront avec l'article 12 faire de la médecine dans leur officine, mais quel que soit l'intérêt qu'ils y puissent trouver, le tort que leur fera l'article 15 sera plus grand encore, car cet article se retournera contre eux. Désireux autant que personne de voir les pharmaciens vivre de leur profession, comme nous prétendons vivre de la nôtre, nous demandons la suppression de cet article 15.

L'article 16 parle d'inspecteurs de la pharma-

cie. Quel sera leur rôle ? Quels seront leurs pouvoirs ? C'est une lacune que la loi devrait combler.

Enfin l'article 19, qui réprime l'exercice illégal, nous paraît comporter des pénalités trop élevées. L'exercice illégal de la pharmacie serait puni d'une amende de 500 à 3.000 francs alors que l'exercice illégal de la médecine n'est puni par la loi Chevandier que d'une amende de 100 à 500 francs. L'ordonnance intempestive d'un remède, qui peut être dangereux, nous paraît cependant avoir une autre gravité que la délivrance de ce même médicament, qui peut être faite à bon escient. Les pénalités de la loi Chevandier seraient amplement suffisantes.

Après ces commentaires, nous devons nous résumer :

Si les pharmaciens consentent aux très légitimes modifications que nous réclamons, il est certain que le législateur ne fera aucune opposition à ces modifications dictées par l'intérêt général.

La loi amendée dans le sens que d'un commun accord indiqueraient les représentants des deux professions, serait votée et par le Sénat et par la Chambre dans un délai assez court.

S'il n'est pas possible de s'entendre, mieux vaut en rester à l'ancienne loi. Dans tous les cas, nous ne déserterons pas la défense des intérêts du corps médical et nous nous efforcerons de prouver que les intérêts pharmaceutiques bien entendus sont solidaires des nôtres.

A. Cézilly.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement des morsures de vipère.

On sait combien sont fréquents dans les forêts et dans les campagnes les accidents mortels par morsures de vipère ; c'est que ce dangereux reptile est fort répandu en France. Il n'y a guère que 24 départements en France, qui paraissent ne pas posséder les vipères. Ce sont l'Aisne, les Basses-Alpes, les Ardennes, l'Aude, la Charente, le Cher, la Corse, la Drôme, le Gard, la Gironde, l'Indre, l'Indre-et-Loire, la Manche, la Marne, la Mayenne, la Meurthe-et-Moselle, la Nièvre, le Nord, l'Orne, le Tarn, le Vaucluse et la Haute-Vienne. Et encore, si l'on en croit un médecin de Limoges, faut-il rayer ce dernier département de la liste des favorisés.

Comme on le voit, les trois quarts environ de la France possèdent ces intéressants animaux, parmi lesquels les individus du genre *aspic* peuvent fort bien tuer leur homme.

Quand on est mordu par une vipère, le meilleur traitement à suivre d'après *Kauffmann* est le suivant :

1° Aussitôt après l'accident, bien sucer la plaie et cracher après succion.

2° Pratiquer une ligature au-dessus de la plaie.

3° On injecte ensuite, avec la seringue de Pravaz, *deux ou trois gouttes de la solution aqueuse à 1 0/0, soit de permanganate de potasse, soit d'acide chromique*. Mais il faut avoir soin de faire pénétrer le liquide exactement au point de pénétration de chaque crochet, et dans les tissus, autant que possible, à la même profondeur que le venin. Pour assurer le succès, on fait encore trois ou quatre injections semblables, à une petite distance autour du point mordu, et on enlève ensuite la ligature.

Si on n'a pas de seringue de Pravaz sous la main, on incise rapidement chaque piqûre sur une assez grande profondeur, et on y verse ensuite deux ou trois gouttes des solutions indiquées. On fait saigner le plus possible et on applique enfin un petit pansement imbibé de la solution d'acide chromique à 1 0/0.

Mais si, au moment du traitement, la tuméfaction a déjà acquis un certain volume, il faut pratiquer encore des injections dans les différents points de la tumeur. Puis on presse légèrement la partie avec la main, de façon à répartir le liquide dans différents points et favoriser son mélange avec le venin. Après cela on pratique quelques mouchetures avec la pointe d'un couteau ou d'un canif, ce qui permet l'écoulement d'une assez grande quantité de sérosité citrine mélangée d'une partie du liquide injecté. On lave ensuite la surface avec la solution permanganique ou chromique, et on applique sur la tumeur un petit linge imbibé de l'un ou l'autre de ces liquides. Renouveler le linge trois ou quatre fois dans la journée.

A l'*intérieur* : lait tiède additionné de rhum et d'eau-de-vie. S'il survenait un peu de faiblesse, boire un peu de bon vin ou simplement une infusion excitante avec du rhum ou du cognac. On peut ajouter, comme le conseille M. Huchard, des injections sous-cutanées d'éther ou de caféine.

M. le docteur Masse, de Chateauvillain, tout en reconnaissant à cette méthode les qualités qu'elle possède, demande à ce qu'on ne mette pas cependant tout à fait de côté l'ammoniaque.

« Placez-le, comme il convient du reste, écrit-il, après le permanganate de potasse de Lacerda, l'acide chromique de Kaufmann, le chlorure d'or de Calmette, la solution saturée de bicarbonate de soude de Carreau, mais laissez-lui une place, et non des moins honorables, dans cette série d'agents antivenimeux. »

Exerçant depuis trente ans dans les campagnes et « ayant fait aussi de la clinique au pied des chênes et au milieu des vignes », M. Masse aurait de nombreuses observations à citer pour défendre l'ammoniaque ; il n'en rapporte que deux fort intéressantes qui prouvent, en effet, que l'ammoniaque n'est pas *inutile*.

M. Calmette, directeur de l'Institut bactériologique de Saïgon, partant de cette idée que la plupart des alcaloïdes physiologiques des tissus animaux possèdent la propriété de former avec le chlorure de platine et le chlorure d'or des sels cristallisables, a trouvé, en effet, qu'une solution à 1 0/0 de chlorure d'or mélangée en très faible proportion au venin du cobra, enlève à celui-ci toute sa toxicité.

Voici le manuel opératoire : D'abord intervenir avant l'apparition des phénomènes d'asphyxie. Injecter dans la plaie, et ensuite autour d'elle, au moyen de la seringue de Pravaz, 8 à 10 centimètres cubes d'une solution stérilisée de chlorure d'or à 1 %. Pratiquer d'autres injections semblables sous-cutanées ou intramusculaires vers la racine du membre, en deçà des ligatures appliquées.

M. le docteur Legendre, de Bléneau, signale les heureux effets de la bardane dans les cas de morsures de vipère.

Cette médication lui a été indiquée il y a plus de 25 ans par le docteur Devade, de Gien, lequel l'aurait trouvée, paraît-il, dans un vieux livre.

Voici le mode d'emploi :

Si on n'a pas de suite à sa disposition de la bardane, on place une ligature entre la morsure et le cœur et on fait la succion ; puis, dès qu'on s'est procuré la plante, on pile la tige et les feuilles que l'on applique en couche épaisse sur la plaie, et on fait boire au blessé du jus de ces feuilles coupé d'un peu d'eau. Pendant 24 heures on renouvelle toutes les heures boissons et applications. Comme les vipères ne mordent qu'au printemps, en été et en automne, on peut aisément à cette époque se procurer de la bardane qui pousse partout en abondance dans les campagnes.

Immunisation tuberculeuse et sérothérapie (1).

On connaît les travaux de Behring, de Kitasato, de Charrin, de Haffkine et de Ferran pour obtenir l'immunisation de la diphtérie, de la pneumonie, de l'érysipèle, du choléra, etc. C'est dans ce même ordre d'idées que M. Babès, professeur à l'Université de Bucharest, M. Richet professeur à la faculté de Médecine de Paris, et M. le Dr Bernheim, vice-président de la Société clinique des Praticiens de France, ont poursuivi des recherches pour atteindre un état réfractaire de la tuberculose chez les animaux. Ils ont obtenu ce résultat par des procédés différents ; les uns ont employé de vieilles cultures bacillaires, provenant de l'homme ou de la race aviaire ; d'autres ont utilisé ces cultures bacillaires chauffées pendant 2 heures et filtrées. Ces *cultures de vaccin* ainsi préparées ont été injectées aux animaux par voie sous-cutanée, intra-vasculaire ou sous-péritonéale, et ont produit une immunisation absolue.

Il ne s'agit pas là seulement de recherches de laboratoire. Depuis plusieurs mois MM. Babet, Richet et Bernheim ont transporté ces expériences sur le terrain clinique. Après s'être assurés de l'immunité tuberculeuse des animaux, ces médecins se sont servi du sérum de ces sujets réfractaires pour traiter des phtisiques. Le sérum vaccin préparé de la façon la plus aseptique et filtré, est stérilisé ultérieurement. On injecte sous la peau 5 à 10 centimètres cubes de sérum dans la région scapulaire ou inter-scapulaire tous les 2 jours. Les injections ne sont ni douloureuses, ni dangereuses, lorsqu'on a la précaution de se servir d'une seringue propre et d'aseptiser le lieu de la piqûre et d'obturer ensuite avec un peu de collodion, l'orifice de l'injection.

Les résultats obtenus par les expérimentateurs peuvent se classer en 3 groupes : 1° Chez les phtisiques atteints de tuberculose pulmonaire au 1er degré, vingt à trente injections suffisent pour obtenir une guérison certaine ; 2° chez les phtisiques atteints au 2e degré, deux tiers des malades profitent de cette guérison ; 3° les tuberculeux cachectiques, qui ont déjà des lésions profondes, ressentent une grande amélioration et leur vie est prolongée.

De nombreux sujets atteints de tuberculose locale (lupus tuberculeux, ostéite, arthrite fongueuse, fistule, tuberculose génitale, etc.) ont subi ce traitement et ont été favorablement impressionnés. Bien entendu, les expérimentateurs n'ont négligé aucune des interventions chirurgicales nécessaires dans ces cas.

Comment agit le sérum vaccin ? Il possède la double propriété de neutraliser l'action nocive des toxines répandues dans l'organisme (théorie de Chauveau) et de renforcer la puissance leucocytaire des microphages (théorie de Metschnikoff).

En résumé, la sérothérapie imite les effets de la guérison spontanée obtenue par la nature. Elle ne cherche pas à tuer directement le bacille sur l'organisme, ce qui est impossible ; mais elle combat par voie indirecte la puissance toxique des microbes et elle produit finalement la sclérose de la lésion tuberculeuse, c'est-à-dire la guérison.

(1) Communications lues au Congrès de la tuberculose.

Les hémorrhagies du pharynx.

Le Dr *Marcel Natier*, dans un récent travail sur les hémorrhagies du pharynx, fait remarquer qu'en dehors des hémorrhagies opératoires, amygdaliennes ou adénoïdes, et des hémorrhagies d'ulcérations syphilitiques, les écoulements sanguins du pharynx n'ont d'inconvénient sérieux que l'effroi qu'ils inspirent aux malades.

Et cet effroi pourrait s'augmenter encore, si la durée de l'hémorrhagie paraissait se prolonger, et si la quantité de sang rendue était considérable, comme dans un cas où l'écoulement persista pendant une douzaine de jours, ou encore dans celui de Rosenthal où il dura quatorze heures. Cependant, comme en pareille circonstance, les patients ne tardent pas à venir réclamer des soins médicaux, il est en général facile de faire disparaître leurs craintes et de les renvoyer complètement rassurés.

On peut arrêter ces hémorrhagies, au moyen de gargarismes avec une solution de perchlorure de fer, de badigeonnages au jus de citron, de pulvérisations à la cocaïne, au chlorure de zinc, d'ergotine en potion ; localement on pratique des attouchements à la cocaïne d'abord, au nitrate d'argent ensuite. Tous ces agents nous paraissent avoir un rôle utile par leur action caustique ou constrictive ; on y pourrait joindre encore les attouchements avec une solution d'antipyrine (ââ) dont l'action hémostatique nous a paru nettement évidente dans plusieurs cas d'hémorrhagie plus ou moins abondante et qui a, sur le perchlorure de fer par exemple, l'avantage de brûler moins les parties et de tacher beaucoup moins le linge. On peut encore ordonner aux malades de sucer des pastilles de glace, faire de la compression directe avec de l'ouate styptique, et enfin, quand la source de l'hémorrhagie est nettement limitée, on peut toucher les vaisseaux variqueux soit avec une perle de nitrate fondue, portée sur l'extrémité d'un stylet approprié, soit mieux encore avec une pointe de galvano-cautère. Il est rare que ces moyens échouent ; cependant, si l'hémorrhagie persistait longtemps, on pourrait user de la solution suivante :

Acide tannique.................. 18 grammes.
Acide gallique.................. 6 —
Eau distillée.................. 30 —

préconisée par Mackenzie et dont le malade prend une cuillerée à thé, en ayant soin de se rincer longtemps la bouche pour amener le liquide au contact des points qui saignent.

Le traitement général dépend naturellement de l'examen des autres organes et de la constatation d'une diathèse quelconque.

Les principales causes de mort du fœtus pendant le travail.

M. le Dr *Castets*, dans une intéressante thèse, nous indique d'une manière fort claire et précise les trois principales causes de mort du fœtus pendant le travail :

Le décollement prématuré du placenta, les procidences méconnues du cordon et le tétanisme utérin ;

Le décollement prématuré du placenta est souvent amené par l'albuminurie ; mais dans bien des cas celle-ci n'existe pas. On ne trouve quelquefois aucune cause pour expliquer cet accident.

Les procidences méconnues du cordon résultent souvent d'une insertion latérale du placenta.

Dans certains cas où la mort du fœtus arrive d'une manière absolument inattendue, on doit penser à une compression possible du cordon dans l'utérus, à une procidence méconnue.

Le tétanisme utérin résulte de causes complexes parmi lesquelles : les présentations vicieuses et la rupture prématurée des membranes.

L'auscultation attentive et fréquemment renouvelée donne les meilleurs renseignements sur l'état du fœtus.

En cas d'arrêt des bruits fœtaux on doit terminer l'accouchement le plus vite possible et chercher à ranimer le fœtus né en état de mort apparente, la respiration pouvant reprendre, quand le cœur ne bat plus depuis quelque temps.

VOIES URINAIRES

Diagnostic et traitement de l'hypertrophie de la prostate.

Il est peu d'hommes ayant atteint la soixantaine, qui ne souffrent pas de temps en temps de la prostate, soit par suite de la pollakiurie nocturne ou de la difficulté des mictions diurnes, soit par les rétentions d'urine passagères qu'elle provoque par son hypertrophie. Avec l'âge, cet organe devient presque toujours gênant et quelquefois même très nuisible, et l'on peut dire que généralement, les vieillards qui viennent consulter pour ces différents inconvénients, que nous venons de signaler, sont atteints presqu'à coup sûr d'hypertrophie prostatique. Ce sont surtout les envies fréquentes d'uriner qu'éprouve le malade au repos et principalement au lit, qui doivent mettre le clinicien sur la voie du diagnostic.

Et de fait, c'est de cette façon qu'on se contente trop souvent de faire ce diagnostic. Rien n'est plus insuffisant, ni plus préjudiciable au malade.

Comment peut-on instituer un traitement convenable dans ces conditions ? Il n'y a pas qu'une seule méthode applicable à ce genre d'infirmité, et pour pouvoir choisir entre toutes, il est nécessaire de connaître quelles proportions possède l'hypertrophie, quelles complications sont plus ou moins imminentes ? Il ne suffit pas de dire à un malade : « Vous avez une grosse prostate, prenez des bains de siège fréquents ; veillez à bien vider votre vessie, et si vous avez la moindre difficulté à la vider, ayez toujours une sonde à votre disposition et apprenez à vous sonder. » Voilà certes une très mauvaise pratique qui ne peut être suivie par un médecin sérieux.

I
Diagnostic.

La question du diagnostic de l'hypertrophie prostatique n'est pas des plus simples.

Il est facile de reconnaître son existence, mais difficile de savoir son volume et ses complications. Nous l'avons déjà dit, les prostatiques sont des hommes ayant dépassé 50 ans ; ils ont de fréquentes envies d'uriner dès qu'ils sont au repos, surtout au lit, et cependant ils ne peuvent uriner que peu à la fois, avec de grands efforts et, pour ainsi dire, en bavant.

Comme dit une chanson célèbre dans les annales de l'internat, ils en viennent « à pisser sur leurs bottes ».

Les efforts que nécessite chaque miction sont causes de nombreuses complications : en tête *la rétention d'urine*, d'abord sans distension, puis avec distension de la vessie, puis l'*incontinence d'urine*, les *hernies*, les *hémorrhoïdes* et leur rupture, l'*hémorrhagie cérébrale*, etc. Une complication non moins importante que la rétention d'urine, due aussi bien à la rétention permanente de l'urine qu'au cathétérisme fait sans précautions antiseptiques, est la *cystite chronique*.

Les symptômes physiques et l'exploration directe de la prostate sont les seuls moyens de poser avec sûreté les indications thérapeutiques. Comme le dit M. *Lavaux*, le *toucher rectal* permet en général de constater l'augmentation de la glande ; mais la saillie qu'elle fait dans le rectum est très variable. Parfois énorme et telle que le doigt vient buter sur une masse dure, plus ou moins arrondie, dont il ne peut atteindre l'extrémité supérieure, cette saillie peut au contraire n'être guère plus notable qu'à l'état normal. Il faut noter qu'elle n'est pas toujours en rapport avec les troubles fonctionnels. « La plus grosse que j'aie peut-être jamais observée — elle avait le volume d'une petite noix de coco — ne causait que peu d'obstacle au cours de l'urine », dit M. Thompson, qui ajoute : « que la portion médiane vienne à être hypertrophiée, même légèrement, il pourra au contraire s'ensuivre une rétention complète », et qui conclut ainsi : « Si le toucher rectal ou tout autre procédé d'investigation ne révèle pas d'hypertrophie appréciable, vous n'êtes pas en droit de conclure que tous les troubles, ne sont pas dus à cette affection. »

Si le toucher rectal permet en effet d'explorer facilement les lobes latéraux, de constater que

tantôt leur hypertrophie est symétrique et tantôt qu'elle porte principalement sur un de ces lobes, qui est double ou triple de son congénère, il renseigne peu au contraire sur l'hypertrophie du lobe moyen dans un grand nombre de cas, parce que ce lobe hypertrophié fait surtout saillie dans l'urèthre et assez souvent dans la cavité vésicale.

Les corps prostatiques ne donnent pas en général, au toucher rectal, la sensation de corps étrangers comme le font certains tubercules de la prostate. La consistance de la glande est plus ferme qu'à l'état normal, mais elle ne présente pas cette dureté pierreuse que l'on observe dans le cancer de cet organe. Le toucher rectal, combiné au palper hypogastrique, peut quelquefois donner quelques renseignements sur l'état du fond de la vessie et sur l'existence d'une rétention incomplète ; mais c'est un moyen difficilement applicable chez les sujets obèses.

Le cathétérisme est le mode d'exploration qui rend le plus de services. On le pratique aussitôt après la miction, avec l'explorateur en gomme à boule olivaire préalablement stérilisé et aseptisé ; on se rend compte ainsi de la longueur de la région prostatique et de ses déformations.

« Il suffit, en effet, de le prendre perforé et de marquer sur la tige le point qui répond au méat lorsque la boule bute contre le sphincter uréthral et lorsqu'elle arrive au niveau du col de la vessie, ce dont on est averti par l'issue de l'urine, pour avoir la longueur de la région prostatique.

« Quant aux déformations du canal, elles sont reconnues par l'arrêt brusque de l'instrument, lorsqu'il s'agit d'un relief marqué du lobe médian, par la déviation de l'explorateur à droite ou à gauche, dans les cas d'hypertrophie d'un seul lobe latéral. Quand les deux lobes latéraux sont hypertrophiés, on sent que l'extrémité de l'instrument écarte deux espèces de murailles plus ou moins épaisses, plus ou moins difficiles à déplacer. Mais une fois dans la vessie, l'explorateur souple ne peut plus fournir aucun renseignement (Guyon).

« Pour reconnaître les déformations du réservoir urinaire, il faut recourir à un instrument métallique à petite courbure, comme la sonde de Mercier, par exemple. Si l'extrémité peut facilement accomplir un mouvement complet de rotation sur l'axe, surtout en relevant le pavillon, on a la preuve que le bas-fond vésical est notablement déprimé.

« Lorsqu'il existe une « saillie en croupion de poulet », l'instrument ne peut accomplir un tour entier qu'après avoir été enfoncé d'un, deux ou trois centimètres en arrière du col. On reconnaît donc ainsi l'existence d'un relief intravésical du lobe moyen et ses dimensions à peu près exactes.

« On peut encore reconnaître avec ces instruments si l'une des lèvres du col est plus épaisse que l'autre, mesurer le diamètre antéro-postérieur de la vessie, lequel peut atteindre 15 et même 20 centimètres, se rendre compte de la souplesse des parois de cet organe, de sa sensibilité, des colonnes qui font plus ou moins saillie dans la cavité vésicale.

« Le diagnostic de la capacité vésicale ne peut être fait qu'en évacuant complètement le réservoir urinaire, ce qui est parfois imprudent. Il faut donc s'abstenir dans certains cas de faire ce diagnostic.

« La *percussion* de la région hypogastrique ne donne des renseignements que si la vessie est distendue. En *palpant* l'hypogastre on reconnaît que le réservoir urinaire forme une saillie plus ou moins prononcée qui soulève la région et remonte vers l'ombilic. La *percussion* donne alors une matité très nette. Mais si la rétention incomplète ne s'accompagne pas de distension vésicale, la percussion ne donne aucun renseignement précis. C'est dans le bas-fond de la vessie que s'accumule l'urine. Celle-ci peut donc se trouver en quantité notable dans le réservoir urinaire alors que la *palpation* et la *percussion* de la région hypogastrique n'indiquent rien d'anormal.

« L'*endoscopie* à lumière externe est encore un mode d'exploration qu'il ne faut pas négliger, car il peut donner dans certains cas des indications précises sur la variété anatomique de l'hypertrophie de la prostate. L'endoscopie peut montrer si les lobes latéraux ou l'un de ces lobes ou le lobe médian est particulièrement atteint.

« L'*examen de l'urine* fournit peu de renseignements. L'albumine ne se rencontre que dans les cas où il existe des complications. Si l'urine contient du sucre, il s'agit d'une simple coïncidence. L'examen chimique indique seulement une faible minéralisation, ce qui tient à la polyurie.

« Il suffit d'examiner attentivement les malades pour ne pas confondre cette affection avec un *rétrécissement de l'urèthre*, un *calcul vésical*, une *prostatite*, une *paralysie* de la vessie. Les *végétations* de l'urèthre postérieur seront reconnues à l'aide de l'endoscope (Grünfeld, Lavaux). Le *cancer* de la prostate a une marche différente et le toucher rectal fait reconnaître ordinairement des bosselures inégales et très dures.

« La *tuberculose* de la prostate est également facile à différencier de l'hypertrophie de cet organe.

« La *congestion prostatique* simple pourrait être confondue parfois avec la période prémonitoire de l'hypertrophie de la prostate (1) ».

L'âge des malades et un examen attentif de la prostate permettent donc d'éviter encore dans ces cas une erreur de diagnostic.

Le diagnostic des *complications* se fait à l'aide des symptômes propres à chacune de ces complications : *cystite*, *urétéro-pyélo-néphrite*, *fièvre urineuse hématurie*, etc. Quant à l'*atonie* de la vessie, on la reconnaît de la façon suivante. Lorsqu'on sonde le malade, que celui-ci est couché, la tête bien appuyée, la paroi abdominale dans un relâchement complet, si la puissance du muscle vésical est normale, l'issue de l'urine a lieu franchement avec un jet assez fort. Dans les cas d'atonie, au contraire, le jet n'a aucune force, l'urine s'écoule en bavant, on voit le jet suivre les mouvements de la respiration et parfois s'arrêter avant l'évacuation complète du réservoir urinaire. C'est principalement à la fin de la miction qu'il faut étudier ce phénomène, car au début, l'élasticité vésicale suffit pour donner une certaine force au jet d'urine.

(1) Lavaux. Leçon 1893.

II

TRAITEMENT.

« Le traitement de la période prémonitoire est surtout un traitement hygiénique. Les malades doivent éviter avec beaucoup de soin toutes les causes de congestion : refroidissements généraux et localisés, excès vénériens, retenue de l'urine, constipation, qui ne devra pas être combattue à l'aide des purgatifs violents, l'aloès par exemple, mais avec la manne, le bitartrate de potasse, le séné, la *résine* de scammonée à faible dose, dix à vingt centigrammes.

« Le séjour au lit ne doit pas être prolongé : la durée de ce séjour ne dépassera pas sept ou huit heures. Une promenade de quelques minutes dans la chambre facilite les mictions nocturnes.

« Les prostatiques doivent éviter les dîners copieux et prolongés et les excès alcooliques. Les épices, les salaisons, les viandes faisandées ou de conserve, le gibier, les poissons de mer doivent leur être interdits, ainsi que les asperges, la bière, les vins blancs, le champagne surtout. Ils useront avec modération du café, de vins purs, de fromages forts et autres mets analogues. Mais c'est plutôt l'abus de toutes ces substances que leur usage modéré qui doit être condamné (Guyon). Du reste, il faut se garder de prescrire un régime débilitant. Ce sont des malades âgés ; ils ont besoin d'une alimentation réparatrice. Ainsi on se gardera bien de supprimer les viandes rouges ; on conseillera simplement d'en éviter l'abus.

« Ces malades ne doivent pas absorber une trop grande quantité de liquide, surtout le soir. En général, pas de tisanes ni d'eaux minérales.

« Lorsqu'il se produit des poussées congestives, le régime doit encore être plus sévère. Les lavements pris à la température de la chambre, les grands bains tièdes de dix minutes, un quart d'heure de durée, bains simples ou alcalins, rendent de grands services. Il faut conseiller à ces malades de s'abstenir d'équitation, de bicyclette, de longs voyages » (1).

Quand il se produit de la rétention d'urine, même légère, il faut recourir au *cathétérisme*. (*sonde de Nélaton*). Généralement, cette sonde passe bien ; mais quelquefois il faut recourir aux sondes en gomme coudées à leur extrémité. Ces sondes à bec relevé, dites sondes à béquilles et que l'on doit à Mercier, constituent les instruments de choix à employer chez les prostatiques lorsque la sonde de Nélaton ne passe plus. Ce bec relevé est toujours tangent à la paroi supérieure, qui n'est presque jamais déformée, tandis que le talon de la sonde se présente directement à l'obstacle, qui siège sur la paroi inférieure de l'urèthre postérieur et est dû à l'hypertrophie du lobe moyen. Ce talon, obtus, émoussé, franchit l'obstacle sans contusionner l'urèthre prostatique.

On emploie aussi parfois des sondes bicoudées, mais elles ne présentent pas de bien grands avantages, dit M. Thompson, qui préfère les sondes en gomme à grande courbure.

M. Guyon préfère se servir d'une sonde à béquille et d'un mandrin coudé, qu'il n'enfonce pas jusqu'à l'extrémité de la sonde, d'où la formation extemporanée d'une seconde courbure. L'instrument est ainsi conduit dans l'urèthre postérieur ; mais aussitôt qu'il a franchi le sphincter uréthral, la main droite tire doucement d'abord, puis rapidement sur le mandrin pendant que la main gauche imprime à la sonde un mouvement de propulsion très modéré au début, puis la pousse rapidement dans la vessie.

Enfin, il est des cas dans lesquels on est obligé d'employer les sondes métalliques à grande courbure : sonde spéciale de Cusco, sonde de Gély. La sonde de trousse est un mauvais instrument. On ne doit pas y recourir.

Lorsqu'il existe un spasme du sphincter uréthral qui s'oppose à l'introduction des sondes, spasme qu'on observe fréquemment chez les prostatiques, il faut faire l'anesthésie directe de la muqueuse uréthrale. Au bout de 3 à 5 minutes, le cathétérisme est facilement pratiqué.

On ne doit employer qu'une sonde n° 15 ou 16 pour éviter une évacuation trop rapide du réservoir urinaire. Cette évacuation doit en effet être *lente* et la vessie doit se vider spontanément, sous la seule influence de la contraction de ses fibres musculaires. Il ne faut pas appuyer sur la région hypogastrique.

Les premiers cathétérismes seront pratiqués le malade étant couché, sinon il pourrait se produire une syncope mortelle (Thompson).

Si la rétention incomplète est considérable, il ne faut pas vider la vessie en une fois, dit M. Thompson, lorsqu'on pratique le premier cathétérisme.

Dans les cas de rétention complète, il faut répéter le cathétérisme autant de fois qu'un besoin réel d'uriner se manifeste. Trois ou quatre évacuations dans les 24 heures sont un minimum.

Si le cathétérisme présente de grandes difficultés, il faut recourir à la sonde à demeure et prendre les précautions antiseptiques les plus rigoureuses.

Dans les cas de rétention incomplète, quand faut-il recourir au cathétérisme ? Toutes les fois que la sonde peut éloigner les besoins d'uriner. Le nombre des cathétérismes dans les 24 heures est variable.

Quand les cathétérismes sont faits sans précautions antiseptiques rigoureuses, on assiste rapidement à une infection urineuse grave. Dans ce cas, voici comment M. Lavaux conseille de pratiquer le cathétérisme :

Après avoir fait l'antisepsie de l'urèthre et introduit dans la vessie une sonde aseptique, on vide avec lenteur une partie seulement de l'urine, on interrompt même de temps en temps le jet. Dès que celui-ci faiblit, on cesse l'évacuation. Avec l'appareil qui sert à faire le lavage de la vessie sans sonde on injecte alors par la sonde 200 grammes d'une solution saturée et bouillie d'acide borique, qui se mélange avec l'urine restée dans la vessie. On retire 200 grammes de ce mélange et l'on renouvelle les injections antiseptiques jusqu'à ce que le liquide évacué soit clair. On a ainsi réalisé l'antisepsie de la vessie et retiré l'urine purulente contenue dans la cavité vésicale sans vider complètement le réservoir urinaire, ce qui permet d'éviter l'hématurie.

On renouvelle cette intervention plusieurs fois dans les 24 heures et souvent dès le deuxiè-

(1) Lavaux, loco citato

me jour on peut vider complètement la vessie.

Il ne faut pas craindre de répéter les cathétérismes, car c'est l'unique moyen de faire cesser la distension du réservoir urinaire. Quand l'affection est dégagée de toute complication, on applique le traitement précédemment indiqué : on vide complètement la vessie et si les voies urinaires ne sont plus infectées il suffit d'employer une sonde aseptique.

Dr Paul HUGUENIN.

(*A suivre*).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le Baccalauréat et les Etudes médicales.

Le Docteur Fleurot, de Précy-sous-Thil (Côte-d'Or), nous a adressé la lettre suivante :

Monsieur et très honoré confrère,

D'après de nouveaux décrets relatifs à la réforme des études médicales, qui seront mis à exécution à dater du 1er novembre 1895, les étudiants en médecine devront suivre un enseignement préparatoire d'une année dans les facultés des sciences. *Jusque-là*, en se faisant inscrire, ils justifieront soit du baccalauréat ès lettres, soit du baccalauréat de l'enseignement secondaire classique, *et du baccalauréat ès sciences restreint*.

Ainsi, un jeune homme qui désire faire sa médecine, devra au 1er novembre, présenter son diplôme du baccalauréat restreint, s'il a passé son baccalauréat ès lettres, avec succès, au mois de juillet.

Il ne peut se présenter *au restreint* qu'au mois de novembre. S'il réussit, il peut immédiatement commencer ses études médicales. Mais s'il échoue, et, cela peut arriver aux meilleurs élèves, voilà une année perdue.

Il passera à peu près certainement ce restreint à la session d'avril, mais, comme il n'a pu prendre d'inscription, c'est, je le répète, une année de retard, une année perdue.

On devrait, à mon avis, jusqu'en 1895, permettre, aux étudiants munis du baccalauréat ès lettres, de prendre leurs deux premières inscriptions et ne leur délivrer la troisième, que sur la production d'un certificat constatant qu'ils ont été reçus *au restreint*, au mois d'avril.

Ces années dernières, on tournait la difficulté ; on prenait des inscriptions d'officiat qui étaient converties en inscription de doctorat. Aujourd'hui l'officiat étant supprimé, cela n'est plus possible.

Une année de perdue pour un jeune homme qui est obligé d'être reçu docteur avant 26 ans, s'il ne veut faire qu'une année de service militaire, c'est beaucoup.

Aussi, cher confrère, faites tout votre possible pour obtenir la tolérance méritée que je réclame plus haut.

Les jeunes gens qui désirent commencer leurs études médicales en 1893 et 94 sont les plus mal partagés. Il est bien juste qu'on leur accorde, en leur permettant de commencer leurs études médicales, le temps nécessaire pour préparer et passer le restreint, cet examen condamné par tous, et où viennent souvent échouer de bons élèves.

Dr FLEUROT.

Nous avons communiqué la lettre de M. le Dr Fleurot à M. Brouardel, et le Doyen, avec son obligeance habituelle, nous a fait la réponse suivante :

« M. le Dr Fleurot a raison et je soumettrai la question à la première réunion du comité. J'espère qu'il partagera mon opinion.

Ce n'est pas seulement parce que nous sommes en vacances, depuis que les décrets ont été rendus, que je n'ai pas soumis la question au comité. Mais la loi n'entre en vigueur que le 1er décembre ; par conséquent, le décret obligeant les jeunes gens à être bibacheliers ne sera abrogé qu'à cette date. Il aurait été difficile et incorrect vis-à-vis du parlement, de devancer la date qu'il avait fixée à cette abrogation.

De plus, pendant le mois de novembre, les étudiants, bacheliers ès lettres, prendront leur inscription d'officier de santé. Ils pourront donc commencer leurs études.

Avant la fin de novembre, la position de ceux qui n'auront qu'un baccalauréat sera fixée.

Il n'y a pas de temps perdu et j'espère que la solution donnée à la question, par le comité, sera conforme à celle que désire obtenir M. le Dr Fleurot. »

BULLETIN DES SYNDICATS

Union des Syndicats.

En plus des six départements déjà indiqués, ont voté le vœu de l'Union relatif au service militaire des étudiants en médecine :

Le Conseil général du département du Var. C'est M. le Dr Cunéo, directeur du service de santé de la marine, et conseiller général, qui, sur la demande formée par le Bureau du syndicat médical de Toulon, a obtenu ce vote ;

Le Conseil général du Finistère. Le vœu a été présenté et soutenu par les Drs Dubuisson, président du syndicat de Quimper, Le Batard et Cosmao, conseillers généraux.

Nous continuerons à publier les votes des Conseils généraux sur cette question, ainsi que les noms des Syndicats qui les auront provoqués.

A la dernière heure, nous apprenons avec plaisir qu'un syndicat départemental vient de se constituer dans la Vendée sous le nom de *Syndicat des médecins de la Vendée*. Voici la composition du bureau :

Dr Filaudeau (La Roche-sur-Yon), président ;
Dr Mignen (Montaigu), vice-président ;
Dr Barbonneau (Pouzauges), secrétaire.

Une réunion générale a eu lieu le mercredi 20 septembre, à La Roche-sur-Yon. Il y a jusqu'ici 44 membres adhérents. L'affiliation à l'Union a été votée.

Ces renseignements nous ont été télégraphiés aussitôt par le Dr Mignen, de Montaigu.

Le Président de l'Union,
Dr L. PORSON.

Syndicat de l'arrondissement de Mayenne.

Le 20 juillet 1893, à Mayenne, sur l'initiative prise par M. le Dr Sauvé, se sont réunis, à l'effet de constituer un syndicat médical de l'arrondissement de Mayenne, MM. Lenormand, *de Javron* ; Bricard, *de Montaudin* ; Renault, *d'Ambrières* ; Mezanges, *de Lassay* ; Chevallier et Quentin, *d'Ernée* ; Mohamed, *de Saint-Denis de Gastines* ; Boissé, *de Gorron* ; Goupil, *de Javron* ; Sauvé, Morisset, Lebrun, *de Mayenne*.

Président d'âge : M. Lenormand.

La réunion a adopté à l'unanimité un projet d'association médicale se rattachant au syndicat général des médecins de France, dont le siège est à Paris.

La cotisation annuelle a été fixée à 12 fr., dont 2 fr. pour être versés au syndicat général, afin d'être rattaché au dit syndicat et de profiter des divers avantages auxquels donne droit ce rattachement.

Organisation.

Le syndicat a pour but essentiel la défense des intérêts des syndiqués, et principalement la poursuite après le 1er décembre 1893 ; moment fixé pour l'exécution de la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine, de toutes personnes sans exception, qui exerceront illégalement la médecine.

Le syndicat ne s'occupe des démêlés pouvant surgir entre confrères que sur la demande expresse des intéressés.

Il soutient tous les membres dans leurs diverses revendications et les aide de ses conseils.

Un tarif minimum d'honoraires, consultatif et facultatif, a été élaboré et sera distribué ultérieurement.

Un bureau, composé d'un président, d'un vice-président, d'un trésorier et d'un secrétaire, dirige le syndicat et a la qualité légale de syndics attribuée à chacun de ses membres.

Le bureau est nommé pour un an. Le président sortant est inéligible pendant un an.

Les statuts seront déposés conformément à la loi.

Bureaux de Bienfaisance.

Sur la proposition de M. le Dr Morisset, il sera envoyé aux bureaux de bienfaisance de l'arrondissement et aux diverses sociétés de secours, un vœu pour que les médecins soient rétribués dorénavant proportionnellement à leurs visites et non à forfait.

Rattachement du Syndicat.

La question de fonder à Mayenne un cercle dépendant du syndicat de Laval, ayant été rejetée à l'unanimité, M. le Dr Sauvé a proposé, si la nécessité survenait d'une action commune des deux syndicats, d'envoyer un délégué près du bureau ou à l'assemblée générale du syndicat de Laval. Cette proposition a été approuvée à l'unanimité.

Le bureau est chargé de faire connaître aux médecins de l'arrondissement les résolutions ci-dessus.

Adhésions.

Le Dr Sauvé a lu, à la fin de la séance, les lettres d'adhésion des Drs Bosc, *de Bais* ; Destaix, *de Fougerolles* ; Chabrun, *de Mayenne* ; Daniel, *de Gorron* ; Grumberg, *de Villaines* ; Lebouc, *de Prez-en-Pail*.

L'assemblée constate avec satisfaction que le syndicat de Mayenne a réuni l'adhésion de la presqu'unanimité des médecins de l'arrondissement.

Bureau.

Le bureau est composé pour l'année 1893-1894 de MM. Sauvé, *président* ; Morisset, *vice-président* ; Chabrun, *trésorier* ; Lebrun, *secrétaire*.

M. Lenormand est nommé président d'honneur. Ces nominations ont eu lieu à l'unanimité des membres présents.

Le Secrétaire,
LEBRUN.

Association des Médecins de la vallée de la Meuse

A Monsieur le Président de l'Union des Syndicats.

Charleville, 16 août 1893.

Monsieur le Président,

Le bureau du Syndicat s'est réuni dimanche dernier à Charleville et a décidé que des démarches seraient faites auprès des Conseillers généraux médecins, pour provoquer de la part du Conseil Général des Ardennes, un vœu conforme à celui du *Concours* relativement au service militaire des étudiants en médecine.

Ces démarches ont pu être faites immédiatement, une élection sénatoriale ayant réuni, ce jour-là, à Charleville les confrères conseillers généraux. Tous nous ont promis de s'entendre à ce sujet.

Nous avons remis à une autre séance la revision du projet, élaboré l'année dernière, relativement à l'organisation de l'assistance publique dans les campagnes.

Il a été question des rapports des médecins avec les Sociétés de Secours mutuels et voici les conclusions de la discussion :

Dans notre région, grâce au Syndicat, nous sommes suffisamment protégés contre les Sociétés de Secours mutuels. Je prends la liberté de vous rappeler le chapitre de nos statuts qui concerne ces rapports :

ART. 1er. — A l'avenir aucun médecin ne devra accepter de traiter à forfait avec une société de Secours mutuels.

ART. 2. — Si une place de médecin de société de Secours mutuels avec laquelle il existe un forfait devenait vacante par suite de la démission volontaire et écrite du titulaire ou pour toute autre raison, aucun médecin ne devra accepter de continuer ce forfait et tous les médecins à qui il sera fait des offres devront se conformer à l'article 4.

ART. 3. — Si pour une cause quelconque un médecin veut résilier un forfait pour se conformer à l'art. 4 ; et si par suite il s'élève un conflit entre lui et la société, il recevra l'appui du syndicat tout entier, et aucun médecin ne devra accepter la place.

ART. 4. — Le prix qui devra être demandé aux Sociétés de Secours mutuels est fixé à 1 fr. dans la résidence du médecin et à 1 fr. par kil. en plus en dehors de la résidence. Les opérations et les consultations de 1 ou plusieurs confrères seront payées à part selon le tarif minimum. Ces prix de faveur seront accordés à cause du but humanitaire de ces sociétés, mais à la condition qu'il n'entre dans ces sociétés, comme membres participants, que des gagne-petit ; dans le cas contraire les médecins devront en référer au bureau du Syndicat.

ART. 5. — Quand une difficulté surgira entre une société de Secours mutuels et son médecin, celui-ci avertira le bureau du Syndicat qui s'interposera pour la conciliation. Il sera fait comme il est dit aux articles 3, 4 et 5 des rapports des médecins avec les industriels.

Nous avons pensé, en outre, qu'il serait bon que la liste des membres participants fût révisable chaque année par le Conseil d'Administration, qui devrait engager ceux qui sont arrivés à un degré de fortune suffisant à se ranger parmi les membres honoraires.

Nous désirerions aussi que, pour la dignité du corps médical, une société de Secours mutuels ne pût, par une simple décision de son conseil d'administration, révoquer un médecin. Dans le cas où elle aurait sérieusement à se

plaindre de ce dernier, la société devrait avoir recours à un tribunal d'arbitrage composé de 3 médecins et 3 présidents de sociétés de secours mutuels.

En troisième lieu, il serait à souhaiter que tous les médecins spécifiassent dans leurs traités avec les Sociétés de secours, que les soins donnés aux ouvriers pour blessures reçues dans les usines ou sur les chantiers de travail, ne seront pas à la charge de la Société, mais à celle du patron.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de nos meilleurs sentiments.

Le Président,
Dr Carion.

Syndicat médical du Sud-Finistère.

23 *avril* 1893

Un certain nombre de médecins des arrondissements de Quimper et de Châteaulin se sont réunis le 23 avril sous la présidence de M. le docteur Coffec.

Etaient présents, MM. les docteurs Coffec, Cosmao-Dumenez, Guillet, Bizien, Pilven, Giffo, Gaumé, Colin, Boujut, Dubuisson, qui a rempli les fonctions de Secrétaire.

M. le docteur *Galzain*, de Concarneau, a déclaré adhérer aux résolutions que prendrait la réunion.

M. le docteur *Le Moaligou*, de Quimperlé, a bien voulu apporter à ses confrères le secours de l'expérience qu'il a acquise dans le Syndicat de Quimperlé.

M. le Président *Coffec* expose que la réunion a pour but la constitution d'un Syndicat.

L'Association n'est qu'une société de secours mutuels et ne peut poursuivre les faits d'exercice illégal ; si on ne veut pas perdre le bénéfice de la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine, il faut absolument former un Syndicat qui, seul, peut agir légalement.

L'Assemblée décide qu'elle se constitue en Syndicat et il est procédé immédiatement à la discussion des projets de statuts qui sont présentés par M. le Président.

La réunion vote successivement les divers articles des Statuts suivants et l'ensemble du règlement.

STATUTS

Art. 1er. — Il est fondé, entre les Médecins qui adhèrent aux présents Statuts, une Association professionnelle qui prend le titre de Chambre syndicale médicale du Sud-Finistère.

Art. 2. — Le Syndicat est fondé sous le bénéfice de la loi du 21 mars 1884.

Art. 3. — Son siège est à Quimper ; sa durée est illimitée, de même que le nombre de ses Membres.

Art. 4. — Le Syndicat a pour objet : l'étude de toutes les questions professionnelles en général et en particulier de celles qui peuvent se présenter dans le département du Finistère.

Son but est l'établissement d'une union confraternelle, d'une solidarité professionnelle qui, seules, peuvent augmenter la dignité, la considération et le bien-être de ses membres.

Il poursuivra avec persévérance la répression de l'exercice illégal de la médecine ; il s'efforcera d'aplanir les conflits qui s'élèveront entre confrères.

Art. 5. — Toute discussion étrangère au but de l'Association est rigoureusement interdite.

Art. 6. — Peuvent faire partie du Syndicat :

1° les Médecins régulièrement diplômés qui ont leur résidence dans le département du Finistère ;

2° les médecins qui, habitant les communes limitrophes du département, se trouvent par là en relations directes avec les premiers.

Art. 7. — Pour être admis comme membre de la Chambre syndicale, il suffit :

1° d'adresser au Président une adhésion écrite aux présents Statuts.

L'admission définitive sera prononcée par l'assemblée générale.

2° de verser une cotisation annuelle, qui est fixée à 12 francs et sera due pour l'année entière, quelle que soit la date de l'adhésion.

Art. 8. — La Société se réserve le droit d'exclure un ou plusieurs de ses membres pour faits graves et portant atteinte à l'honneur professionnel.

Art. 9. — La Chambre syndicale est dirigée par un Conseil syndical composé d'un Président, deux Syndics et un Secrétaire-Trésorier.

Le bureau est nommé pour trois ans ; il est rééligible.

Art. 10. — Le Conseil syndical se réunit aussi souvent qu'il en est besoin, sur la convocation du Président.

Art. 11. — Chaque année les Membres de l'Association sont convoqués en assemblée générale pour approuver les travaux et la gestion du Conseil syndical et statuer, après discussion, sur les questions qui figurent à l'ordre du jour.

Art. 12. — Les réunions générales se tiendront à Quimper.

Art. 13. — Le compte-rendu de ces réunions, rédigé par le Secrétaire-Trésorier, sous le contrôle du bureau, est adressé à chacun des membres du Syndicat.

Art. 14. — Le fonds social se compose du produit des cotisations, indemnités, dons, legs et autres fonds et revenus qui pourront provenir à la Société de quelque source que ce soit.

Art. 15. — En cas de dissolution de l'Association, les fonds disponibles seront attribués à une Association médicale d'intérêt professionnel.

Art. 16. — Le Membre qui, pour une cause quelconque, cesse de faire partie de l'Association, n'a aucun droit sur le fonds social et ne peut exiger aucun remboursement.

Art. 17. — La dissolution de l'Association ne pourra être prononcée que par une assemblée générale spécialement convoquée à cet effet, et à la majorité des trois quarts des votants.

Art. 18. — Des règlements particuliers, adoptés en assemblée générale, détermineront, selon les circonstances, les conditions dans lesquelles seront mis en pratique les principes généraux exposés dans les présents statuts.

Art. 19. — Aucune modification aux présents statuts ne pourra être mise en discussion, si elle n'a été préalablement soumise au Conseil syndical un mois au moins avant l'époque fixée pour l'assemblée générale.

Mention de la proposition sera faite sur la lettre de convocation adressée aux Sociétaires qui, en cas d'absence, pourront voter par correspondance.

Election du Bureau.

Après l'adoption des statuts ci-dessus transcrits, la réunion décide de procéder immédiatement à l'élection des Membres du bureau.

M. le docteur Coffec, nommé Président, déclare qu'il ne peut accepter en raison de ses nombreuses occupations.

Après le refus de M. le Docteur Coffec, le bureau est ainsi constitué :

Président, M. le Dr Dubuisson ; *Secrétaire-Trésorier*, M. le Dr Giffo ; *Syndics*, MM. les Drs Coffec et Gaumé.

Le Syndicat étant définitivement constitué, la

réunion décide qu'elle adhère à l'Union des Syndicats et que par suite il sera versé chaque année deux francs par tête de Sociétaire dans la Caisse de l'union des Syndicats.

Le Secrétaire,
DUBUISSON.

Cotisations reçues par le Trésorier de l'Union des Syndicats.

Versailles	56 fr.
Bernay (Eure)	14 »
Laigle	30 »
Saint-Calais	18 »
Voiron	35 »
Epernay	56 »
Poitiers	104 »
Haute-Saône	83 »
Boulogne-sur-Mer	20 »
Corbeil	50 »
Etampes	26 »
La Rochelle	32 »
Montaigu	34 »

Dr MAURAT.

REPORTAGE MÉDICAL

Réunion des médecins du Bureau de bienfaisance. — Le mercredi 20 septembre, à 8 h. 1/2 du soir, a eu lieu à la Faculté de médecine une réunion des médecins du Bureau de bienfaisance provoquée par le Syndicat des médecins de la Seine. Une délégation, composée des Drs Savornin, Billon et Meugy avait été trouver M. Monod, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur, qui les avait reçus de façon très courtoise et avait exprimé le désir qu'on lui soumît les desiderata des médecins du bureau de bienfaisance. C'est pour répondre à ce désir qu'a eu lieu la réunion

Un certain nombre de vœux avaient été formulés par le Dr Gourichon. Après discussion, ils ont été presque tous adoptés, sauf de légères modifications.

Ce sont les suivants :

1° Représentation du corps médical des Bureaux de Bienfaisance avec voix délibérative pour un nombre de médecins du cadre actif, proportionnel à la représentation du corps médical des hôpitaux :

a) au Conseil supérieur de l'Assistance publique ;
b) au Conseil de surveillance de l'Assistance publique de la Ville de Paris.

Et aux commissions administratives proposées par M. Fleury-Ravarin, soit :

c) à la Commission centrale d'Assistance ;
d) au Bureau d'Assistance.

2° Assistance médicale *exclusivement* réservée aux indigents et aux nécessiteux.

3° Mode de recrutement des médecins : maintien du concours.

4° Durée des fonctions : égale à celle des médecins des hôpitaux.

5° Mode de rémunération des médecins : maintien de l'indemnité fixe, égale pour tous les médecins du même arrondissement, proportionnelle au nombre d'indigents et de nécessiteux de chaque arrondissement ; taux de l'indemnité relevé.

6° Augmentation du nombre des médecins des Bureaux de bienfaisance dans les arrondissements où les médecins de l'arrondissement le demanderaient.

7° Faculté pour le médecin de changer d'arrondissement sans subir un nouveau concours.

8° Que les services de consultations soient laissés aux médecins du Bureau de bienfaisance.

9° Suppression du contrôle pour tout ce qui concerne l'exercice de la profession et la direction du traitement.

10° Plus d'égards et de considération de la part de l'administration pour les Médecins des Bureaux de Bienfaisance.

11° Egalité au point de vue des médicaments entre les malades des Bureaux de Bienfaisance et ceux des hôpitaux.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3823. — M. le Dr MION, de Paris, membre de l'Association générale des médecins de France.

N° 3824. — M. le Dr GROSSART, de Paris, présenté par M. le Dr Laude, de Bordeaux.

N° 3825. — M. le Dr FRÉAL, de Chaumont-Porcien, (Ardennes), membre du Syndicat des Ardennes.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le Dr LOISELOT, de Passavant (Haute-Saône), membre du Concours médical.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

Viennent de paraître :

Sous ce titre : **Hygiène et traitement des maladies de la peau**, le docteur Monin a accompli la tâche difficile de vulgariser, pour le public intelligent et pour les médecins non spécialistes, toutes les données pratiques, ressortissant à la cure des affections cutanées. L'ouvrage joint, à une profonde connaissance des sujets traités, tous les développements attrayants du styliste bien connu de tous : le docteur Monin dit ce qu'il a vu, *mais il le dit d'une façon spéciale et peu imitable*.

Contre 3 francs en mandat, la Société d'Éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, enverra *franco*, élégamment relié, ce nouveau volume de la **Petite Encyclopédie médicale** : « Hygiène et traitement des maladies de la peau », par le docteur Monin, secrétaire général de la Société française d'hygiène, chevalier de la Légion d'honneur, officier de l'Instruction publique.

Hygiène de l'Enfance et de l'Adolescence, par le Dr E. VERRIER, lauréat de l'Académie de médecine, ancien aide d'accouchement à la Faculté. **Prix 3 francs.** — *Envoi franco contre un mandat.*

Voici un petit volume de vulgarisation médicale qui s'adresse surtout aux parents. L'auteur divise la vie humaine en périodes de sept ans : ainsi 7 ans pour la *première enfance*, 14 ans pour la *seconde*, de 14 à 21 pour *l'adolescence*, 4 fois 7 ans la *juvénilité*, jusqu'à 49 ans *l'âge mûr* et à partir de 56 ans la *vieillesse*.

C'est sur cette base que le savant auteur basé ses démonstrations et ses conseils hygiéniques dans un style simple, ferme et attrayant.

Il suit le premier âge depuis l'allaitement jusqu'aux premiers principes d'éducation morale, et la seconde enfance jusqu'à l'établissement de la puberté.

Un livre d'une utilité pareille ne peut qu'obtenir le plus grand succès et que préserver la santé, c'est-à-dire la vie, de milliers de jeunes enfants.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année **N° 39** 30 Septembre 1893

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Le choléra à Brest.

Le choléra de cette année n'est pas, à beaucoup près, aussi grave que celui de l'an dernier, et dans bien des régions même, on ignore totalement son existence. Et cependant, il fait tranquillement son petit tour de France : au commencement de l'été, il a visité le Midi, Montpellier, Alais, Cette, Toulouse. Il y a un mois, il était à Nantes, où il a fait de nombreuses victimes. En ce moment, il est à Brest. Depuis environ trois semaines, il ravage cette ville et les environs. Douarnenez a été aussi gravement atteint.

En huit jours, la préfecture du Finistère signale *cent vingt-six* décès par le choléra à Brest. C'est donc un véritable foyer épidémique que l'on ne saurait considérer comme négligeable. Les Bretons paient cher cette année leur dédain pour la propreté. Certes, la municipalité de Brest et la marine font de louables efforts pour combattre le fléau. On fait quotidiennement des chasses d'eau de mer dans les égouts de la ville ; mais est-ce suffisant ? Que nos confrères imitent l'exemple de notre éminent et zélé président d'honneur, *le docteur Gibert*, au Havre : isoler promptement les malades et désinfecter soigneusement les maisons contaminées en obligeant les locataires à aller habiter quelques jours dans des locaux provisoires ; enfin, assurer, par des moyens énergiques, une distribution suffisante d'eau potable bien pure, en fermant impitoyablement toutes les conduites d'eau suspecte.

Le stérésol.

Nous reproduisons à nouveau la formule du *stérésol*, vernis antiseptique de M. Berlioz contre la diphthérie, dont nous avons déjà parlé dans notre article sur le traitement de l'angine diphthérique (1) et dans laquelle nous avons reconnu une erreur typographique :

Gomme laque purifiée entièrement soluble dans l'alcool	270 gram.
Benjoin purifié entièrement soluble dans l'alcool	10 —
Baume de tolu	10 —
Acide phénique cristallisé	10 —
Essence de cannelle de Chine	6 —
Saccharine	6 —
Alcool. Q. S. pour un litre. — Mêlez.	

Modifications au suspensoire ordinaire.

Dans le *Lyon médical*, M. *Diday* fait remarquer que le suspensoire tel qu'il est disposé habituellement est mal compris, et que les sous-cuisses, placés comme on le fait, ne servent qu'à exercer des tractions douloureuses et irrationnelles. Les testicules sont attirés en arrière et en bas, tandis que l'instinct physiologique vous pousse à les ramener en avant et en haut, comme on le fait avec le suspensoire primitif des militaires.

Voici les modifications simples que propose M. Diday pour rendre le suspensoire ancien véritablement utile et physiologique.

En principe, c'est le suspensoire Horand, mais retourné sens devant derrière et adapté à la conformation des régions qu'il est appelé à desservir.

Un suspensoire comprend trois pièces : la *ceinture*, la *poche*, les *sous-cuisses*.

« Eh bien, prenez la ceinture d'un suspensoire quelconque et placez-en le *plein*, le milieu, non sur l'hypogastre comme avec les suspensoires ordinaires, mais au pôle opposé, aux lombes, puis, ses bouts étant ramenés en avant, agra-

(1) *Concours médical*, 1893, n° 30, page 354.

fez-la au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure droite.

« Quant à la poche, n'en connaissant, ni concevant de mieux appropriée à sa destination que celle du suspensoire Horand, je la lui emprunte et l'applique.

« Seulement, voici la différence de connexion de cette pièce, qui s'ensuit et s'impose :

« Dans tout suspensoire la ceinture doit *se continuer par un point* avec la poche (ceci pour fournir résistance aux tractions qu'on exercera sur les sous-cuisses cousus au *point opposé* de la poche).

« Or, dans le suspensoire Horand, ce point d'insertion de la résistance est en avant, à l'hypogastre.

« Naturellement, dans le mien, il est en arrière, aux lombes.

« Mais des lombes au bord postérieur de la poche il y a une distance (de 0,20 à 0,25 selon la stature du sujet). — Et, de plus, l'anus se trouve sur la route.

« Donc, il a fallu que j'établisse la continuité entre poche et ceinture par l'intermédiaire de deux bandes, cousues à 0,20 l'une de l'autre, au milieu de la partie lombaire de la ceinture, puis descendant en convergeant pour gagner le bord postérieur de la poche ; bord auquel elles sont fixées, laissant là, entre elles, un intervalle de près de trois centimètres, afin de permettre la défécation. »

Pour finir, ajoutons que sur le bord supérieur de la poche ont été cousus, à 20 centimètres d'intervalle, deux cordons latéraux. Ces *tirettes*, longues de 12 centimètres, sont percées, vers leur bout, de trois boutonnières se succédant en ligne droite. — Comme, d'autre part, la ceinture porte sur le devant, deux boutons distants, eux aussi de 20 centimètres, il ne reste qu'à engager le bouton de gauche, puis celui de droite, dans la première, la deuxième ou la troisième boutonnières (qu'on choisit selon la stature du sujet), et voilà le suspensoire en place et en action.

L'acide oxalique comme emménagogue.

M. le Dr Lardier (de Rambervillers) publie, dans le *Bulletin médical des Vosges*, une formule qui permet d'administrer facilement l'acide oxalique à la dose de 2 grammes par jour, à titre d'emménagogue, ainsi que l'a préconisé M. le Dr Poulet :

Acide oxalique.........	2 gr.	dissous dans :
Eau.....................	400 gr.	Ajoutez :
Glycérine neutre.......	40 gr.	
Sirop de fleur d'oranger	60 gr.	

1/4 de verre toutes les heures.

On peut être assuré que, donnée de cette façon, la potion à l'acide oxalique n'est pas plus désagréable que la limonade sulfurique ou chlorhydrique ; bien au contraire.

Les préparations opiacées et leur équivalence.

M. le *Dr Dujardin-Beaumetz*, dans une leçon sur l'art de formuler, vient de résumer sous forme d'un tableau très facile à retenir, les différentes puissances des préparations opiacées les plus usitées et nous croyons fort utile pour tous de reproduire ces chiffres d'importance capitale :

Pour représenter 5 centigrammes d'extrait d'opium, il faut prendre.

10 g. 00 d'élixir parégorique du Codex ;
6 g. 00 — — d'Edimbourg ;
0 g. 20 ou 7 gouttes noires anglaises ;
0 g. 40 ou 14 gouttes de laudanum de Rousseau ;
0 g. 80 ou 26 gouttes de laudanum de Sydenham.

Ce sont là des chiffres que nous ne devons jamais oublier, la dose de 5 centigrammes d'extrait d'opium étant une dose moyenne.

A ce propos, M. Dujardin-Beaumetz insiste, comme nous l'avons déjà fait, sur la variabilité extrême de composition de l'élixir parégorique, suivant les différents pays. Il est bon de connaître ces variations :

	Angleterre.	Belgique.	Hollande.	Suisse.	Etats-Unis.	Chili.	Allemagne.
Opium pulvérisé........	4.956	5.»	5	5	4	5	5
Acide benzoïque........	4.956	5.»	20	5	4	10	20
Camphre.....	3.717	3.5	10	5	4	5	10
Essence d'anis	2.910	2.5	5	5	4	2	5
Pour 1000 d'alcool à......	57°	80°	70°	70°	53°	60°	70°
Opium pour 10 grammes	0.046	0.048	0.05	0.05	0.04	0.05	0.05

Pour la France, voici la formule qui a été adoptée :

		Pour 100 d'alcool
Extrait d'opium	3 gram.	4.615
Acide benzoïque.....	3 —	4.615
Huile volatile d'anis.	3 —	4.615
Camphre............	2 —	3.077
Alcool à 50 degrés...	650 —	1.000 »»

L'élixir parégorique français renferme, par 10 grammes, 0,044 d'extrait d'opium.

Domergue prétend que nous devrions le formuler de la façon suivante, de manière à ramener à 10 centigrammes la quantité d'opium contenue dans 10 grammes, et voici la formule qu'il propose :

Extrait d'opium.........	âà	5 grammes.
Acide benzoïque		
Essence d'anis............	3	—
Camphre.....................	982	—

VOIES URINAIRES

Diagnostic et traitement de l'hypertrophie de la prostate (*suite et fin*).

L'intervention chirurgicale dans l'hypertrophie de la prostate peut s'exercer de différentes manières.

Dans le cas de rétention d'urine avec distension énorme, la ponction supprime la distension vésicale et la prostate revient à des proportions moindres.

Le manuel opératoire de la ponction hypogastrique est des plus simples : on ne néglige aucune précaution antiseptique ; l'aiguille moyenne de Dieulafoy ou de Potain, adaptée à l'appareil aspirateur correspondant, est tenue de la main droite, dont l'index limite environ 4

à 7 centimètres de la pointe, suivant que la paroi abdominale à traverser est plus ou moins épaisse ; on l'enfonce d'un seul coup, immédiatement au-dessus du pubis, et on la dirige au-dessous du promontoire ; si elle est bien dans la cavité vésicale, l'aiguille doit se mouvoir librement et en tous sens. Cette petite opération est sans dangers ; elle est utile, elle est souvent efficace, mais elle peut être insuffisante.

Il faut avoir le soin, avant de retirer l'aiguille, de laisser pénétrer l'air dans l'appareil ou d'injecter une solution antiseptique, comme le fait M. Tuffier.

L'observation de Bergomier, qui fait impunément vingt-huit ponctions sus-pubiennes en vingt et un jours, celle de Deneffe qui, en quinze jours, ponctionne dix-sept fois la vessie, sans accidents, dans un espace égal aux dimensions d'une pièce de 5 francs, prouvent que c'est là une opération inoffensive et qui peut être pratiquée aussi souvent qu'il est nécessaire.

Mais toutes les rétentions d'urine ne sauraient retirer des ponctions hypogastriques un égal bénéfice. La ponction ne sera jamais qu'une méthode de traitement temporaire, qu'un mode de traitement d'urgence, dont on ne devra attendre un résultat durable qu'autant que l'on aura des raisons de supposer que l'obstacle à la miction n'aura lui-même qu'une *existence temporaire*; d'où il suit que la rétention d'urine, provoquée par la congestion passagère de la prostate, ou même une fausse route, sera la principale indication à la ponction sus-pubienne.

Dans le cas où les ponctions ne suffisent plus pour maintenir la vessie dans un état relatif de vacuité, on doit recourir à l'intervention chirurgicale. Les opérations pratiquées dans le but de pallier les accidents sont : *la cystotomie sus-pubienne* avec ou sans fistule permanente, *la boutonnière périnéale* ; les opérations radicales sont : *la prostatotomie* et *la prostatectomie* par la voie uréthrale, la voie périnéale ou la voie sus-pubienne ; la taille haute est l'opération de choix pour l'extirpation de la glande ; la taille périnéale trouve dans la prostatotomie sa principale indication ; la voie uréthrale semble de plus en plus abandonnée ; seule, la méthode de Bottini lui assure actuellement un regain d'actualité.

Il nous semble qu'on néglige trop les essais *d'électrolyse* dans l'hypertrophie prostatique. Pratiquée régulièrement, avec toutes les précautions antiseptiques absolues, cette méthode pourrait éviter bien des interventions sanglantes. Il en est de l'hypertrophie de la prostate pour l'homme, comme des corps fibreux chez la femme ; cette infirmité est un apanage du vieillissement. Si l'électropuncture réussit dans le traitement des corps fibreux des femmes, pourquoi échouerait-il dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate chez l'homme ? On introduit une aiguille bien isolée, dans la prostate, par la voie rectale, après avoir bien désinfecté le rectum, et en conduisant l'aiguille sur le doigt. Le pôle négatif est relié à cette aiguille. Sur l'hypogastre on applique une plaque communiquant avec le pôle positif ; on peut aussi introduire une sonde métallique dans l'urèthre et la faire communiquer avec le pôle positif. L'intensité du courant doit être d'abord faible : 2, 3, 5 *milliampères*, puis on augmente progressivement jusqu'à 6, 8, 10 milliampères. La durée doit être de quinze à vingt minutes, et les séances renouvelées tous les deux jours.

Les *injections chimiques parenchymateuses* ne nous semblent pas inoffensives, même avec toute la rigueur antiseptique.

Restent les opérations sanglantes :

La *prostatotomie périnéale* est indiquée dans les cas de simples barres prostatiques. On emploie généralement le procédé de M. Reginald Harrison, qui consiste à ouvrir la portion membraneuse de l'urèthre par le périnée sur un conducteur, puis à introduire le doigt dans l'urèthre postérieur. La barre prostatique est alors divisée sur la ligne médiane, en partie avec un bistouri courbe boutonné, en partie par divulsion avec le doigt ou une grosse bougie, jusqu'à ce que l'on puisse introduire l'index dans la vessie. Un gros tube à drainage double, qui rappelle la disposition des canules à trachéotomie, est laissé en place de six à douze semaines, pour éviter la récidive, laquelle est due à l'accolement, puis à la réunion graduelle des deux lèvres qui bordent la perte de substance déterminée par l'opération.

La *prostatectomie* sus-pubienne est indiquée dans toutes les autres formes d'hypertrophie ; mais on a fait remarquer que les chirurgiens ne se sont adressés jusqu'ici qu'à l'obstacle formé par la prostate hypertrophiée au niveau du col vésical (Vignard). Le premier temps de l'opération est la taille hypogastrique. On enlève ensuite la portion de la prostate qui fait obstacle au niveau du col soit avec des ciseaux, si la tumeur est pédiculée, soit avec l'anse ou le couteau du galvano-cautère, si la tumeur est sessile ou implantée par un pédicule assez large. Parfois on a pu énucléer les masses prostatiques saillantes après avoir incisé la muqueuse vésicale et une capsule plus ou moins épaisse.

L'énucléation totale de la prostate serait anatomiquement possible, mais elle n'a pas été pratiquée sur le vivant.

Le manuel opératoire de la cystotomie sus-pubienne ou taille hypogastrique a été décrit récemment dans le *Concours médical* par M. Delefosse ; nous n'y reviendrons pas.

Quant à la boutonnière périnéale, voici comment Thompson en décrit l'opération : Le malade est placé dans la position de la taille latérale ; l'incision est pratiquée sur un conducteur-cathéter cannelé, le long du raphé médian du périnée ; l'index gauche étant introduit dans le rectum, on enfonce, le tranchant tourné en haut, un long et étroit bistouri à 15 ou 18 millimètres au-dessus de l'anus, jusqu'à ce que sa pointe vienne rencontrer la cannelure du conducteur, dans la portion membraneuse de l'urèthre, qui est incisée sur une longueur d'une douzaine de millimètres. On retire alors l'index gauche du rectum et après l'avoir nettoyé et lavé, on le fait pénétrer dans l'urèthre, le long du conducteur, jusqu'au col vésical : après quoi, le susdit conducteur est enlevé. Si, après une exploration très minutieuse, on n'a rien trouvé à extraire, une grosse sonde en caoutchouc vulcanisé ou un tube du calibre n° 18 ou 20 de la filière anglaise est fixé à demeure au moyen de liens se rattachant à un bandage qui forme ceinture autour de la taille ; ce drainage doit être maintenu pendant sept, dix ou douze jours, et

même davantage, suivant les circonstances, surtout si le malade en éprouve un bien-être et un soulagement notables.

En fait, cette opération ne nous paraît indiquée que s'il existe un obstacle prostatique en barre, dont l'incision sera facile par cette voie ; c'est plutôt alors une *prostatotomie périnéale*.

« Tout traitement radical pathogénique, s'adressant à la cause des phénomènes morbides, nécessite la *connaissance exacte de cette cause* : la rétention d'urine des prostatiques est-elle due uniquement à la paralysie essentielle de la vessie, comme le pensaient Civiale, Chopart, Desault, Boyer, et la prostate hypertrophiée ne joue-t-elle aucun rôle dans l'éclosion de cette complication ? Ou, au contraire, la saillie prostatique est-elle la seule cause, toute mécanique, qui s'oppose à l'issue de l'urine contenue dans la vessie, ainsi que l'admettent nombre de chirurgiens actuels ? De l'idée pathogénique que l'on se fait de la rétention d'urine des prostatiques, découle le traitement à lui opposer, et le traitement radical de cet accident ne saurait être légitime, que si l'on admet la persistance ou la possibilité du retour de la contractilité vésicale : supprimer l'obstacle qui siège au col, si le corps de la vessie est paralysé ou fonctionnellement annihilé, c'est évidemment faire œuvre inutile. Au contraire, la musculature vésicale est-elle intacte, ou simplement affaiblie par sa lutte trop longtemps prolongée contre la saillie prostatique, tenter la suppression de l'obstacle, n'est-ce pas le moyen radical d'obtenir le retour normal de la miction ; immédiat, dans le premier cas, graduel et progressif dans le second ?

« La question est complexe et ne saurait être résolue par une formule unique : tous les prostatiques ne se ressemblent pas ; ils diffèrent les uns des autres, non seulement par leur lésion locale, mais aussi par les lésions secondaires dont l'état anatomique de leur prostate peut avoir été le point de départ, ainsi que par leur constitution générale. Autant de points essentiels qu'on ne saurait examiner avec trop de soin dans chaque cas particulier ; car, de cet examen dépend la conduite à tenir » (1).

Pour certains auteurs, l'artério-sclérose est seule cause de l'hypertrophie prostatique et de la sclérose vésicale ; pour les autres, c'est la sclérose prostatique qui amène la sclérose vésicale.

Dans la majorité des cas, les deux états pathologiques coïncident, mais la prostate peut être seule et longtemps seule atteinte, et dans ces cas, plus tôt sera supprimé l'obstacle à la miction, moins grand sera le surmenage vésical, et plus facilement sera obtenu le retour normal de la contractilité vésicale, plus ou moins longtemps compromise.

L'hypertrophie de la prostate revêt des formes anatomiques variées, et ces formes ne sont pas toutes également favorables à une intervention sanglante.

« Mais on ne saurait considérer l'hypertrophie totale comme relevant, dans l'état actuel de la science, de l'intervention chirurgicale, et la prostatectomie reste, dans ces conditions, au-dessus des ressources du chirurgien ; c'est dans la résection partielle de l'organe, qu'il faut le plus espérer ; barre prostatique, lobe moyen volumineux, lobe latéral hypertrophié, sont les variétés anatomiques auxquelles la cure radicale doit tous ses succès ; mais ce sont là, malheureusement, les formes les plus rares de l'hypertrophie prostatique, et, comme le dit M. Forgues, c'est dans la prostate, non dans la vessie, que la cure radicale trouve sa plus redoutable cause d'échec.

« Le toucher rectal, le cathétérisme avec les sondes si variées de courbure, que nous possédons, enfin l'étude attentive des symptômes vésicaux présentés par le malade, nous renseignent bien suffisamment sur la variété anatomique de l'hypertrophie. S'agit-il d'une barre prostatique, la *prostatotomie périnéale* la divisera, et le drain dont nous avons vu l'importance sera, par cette voie, facilement introduit et maintenu entre les deux lèvres de l'incision de la glande. Dans le cas d'hypertrophie d'un lobe latéral, la prostatectomie a pu être faite avec succès par le périnée, et nous avons vu Küster pratiquer heureusement l'opération de Dittel. Mais, d'une façon générale, c'est par l'hypogastre que le lobe prostatique hypertrophié sera le plus facilement extirpé ; la section franche au bistouri, avec suture, sera le procédé de choix ; la symphyséotomie pourra, à titre exceptionnel, faciliter les manœuvres. »

Dr Paul Huguenin.

(1) Gervais de Rouville. *Gaz. des Hôp.*, n° 66, 1893.

THÉRAPEUTIQUE

Manuel opératoire des injections intra-veineuses ou sous-cutanées d'eau salée. Leur emploi dans le traitement du choléra, des hémorrhagies graves, et de l'éclampsie.

Les injections intra-veineuses ou sous-cutanées d'eau salée ont pris depuis quelques années une grande extension. C'est dans le traitement du choléra qu'elles ont été faites tout d'abord et le plus souvent. Mais là, ne se bornent pas les services qu'elles peuvent rendre. Dans les cas d'anémie aiguë par hémorrhagies graves, hémorrhagies de la délivrance ou hémorrhagies opératoires, ces injections d'eau salée, de sérum artificiel, ont été employées pour remplacer la transfusion sanguine : elles ont souvent donné d'excellents résultats. Dans les deux cas, leur mode d'action est à peu près semblable ; en injectant directement dans l'organisme la quantité de sérum dont il a besoin, elles ont pour but de remédier, soit à l'énorme déperdition d'eau que le cholérique a faite par suite de l'abondance de ses déjections, soit à la grande perte de sang, qui résulte d'une grave hémorrhagie.

Différent est leur mode d'action dans l'éclampsie puerpérale, où MM. Porak et Bernheim les ont récemment employées. Quoique leurs observations soient encore trop peu nombreuses pour entraîner un jugement définitif, les bons résultats qu'ils ont obtenus et que M. Bernheim expose dans un travail récent méritent aussi d'être connus.

Voyons d'abord quelle est la façon de pratiquer ces injections salines : après avoir donné toutes les indications nécessaires à leur emploi,

fort simple d'ailleurs, nous étudierons leurs résultats thérapeutiques.

I.

MANUEL OPÉRATOIRE.

Plaçons-nous ici au point de vue général de la pratique des injections salines. Un cas étant supposé dans lequel ces injections sont indiquées, quel est le liquide que nous injecterons, l'appareil dont nous pourrons nous servir, et la façon de faire ces injections intra-veineuses ou sous-cutanées ?

Liquide à injecter. — C'est un sérum artificiel, fait d'un mélange de sulfate de soude et de chlorure de sodium. Ces deux sels associés donnent un liquide qui conserve parfaitement les éléments du sang.

La formule dont se sert M. Hayem est la suivante :

Eau distillée...........	1 litre
Chlorure de sodium pur.	5 grammes
Sulfate de soude........	10 gram.

Parfois on a fait subir à cette formule quelques légères modifications : M. Fernet, puis M. Mathieu, pour le traitement des cholériques à l'hôpital Beaujon, en 1892, avaient adopté la solution suivante :

Eau distillée...............	1 litre
Chlorure de sodium.......	6 grammes
Hydrate de soude.........	0,05 centigr.

On pourrait encore se servir d'eau simplement salée : 7 grammes ou 7.50 de chlorure de sodium pour un litre d'eau. Ainsi l'ont fait MM. Porak et Bernheim, fixant ainsi le titre de leur solution pour se rapprocher autant que possible de la composition du sérum du sang, qui renferme de 6 à 8 grammes de sels divers pour un litre de sérum.

Quelle que soit la composition du liquide employé, il faut qu'il soit stérilisé. Le mieux est de se servir d'un liquide stérilisé à l'autoclave ; on obtient ainsi un liquide absolument pur. Mais dans l'immense majorité des cas, on n'a pas d'autoclave : on peut alors se contenter de faire bouillir le liquide, après addition d'une quantité de chlorure de sodium un peu inférieure à la quantité habituelle, pour contre-balancer la perte d'eau résultant de l'ébullition.

Le liquide ainsi simplement bouilli, a pu être employé sans aucun accident ; donc, à défaut de la stérilisation à l'autoclave, l'ébullition un peu prolongée suffit pour obtenir un liquide pur. Il est évident qu'on doit faire grande attention à ce que ce liquide ne contienne en suspension la moindre particule solide, et qu'il faudra redoubler de précautions pour en assurer la pureté absolue, lorsque l'injection devra être faite dans les veines.

La température du liquide, au moment où il est injecté, doit être de 37°5 à 38°, température normale du corps. Pour l'y maintenir, durant l'injection, il suffit de plonger le vase dans lequel il se trouve dans un récipient plus grand, constituant un véritable bain-marie, c'est-à-dire renfermant de l'eau portée à la température nécessaire ; toutes les fois que la température du sérum s'éloignera de 37°, il suffira d'ajouter de l'eau plus chaude à celle qui se trouve dans le bain-marie.

Appareil. — L'appareil à faire l'injection est indifférent ; on peut se servir d'un appareil quelconque, pourvu qu'on puisse le rendre aseptique. Aussi n'est-il aucunement nécessaire d'avoir à sa disposition la poire en caoutchouc, aspirante et foulante, dont se sert M. Hayem, ou l'appareil de Burlureaux.

On emploie le plus souvent un vase en forme de carafe, contenant le liquide salin stérilisé ; à cette carafe on adapte un bouchon en caoutchouc facile à rendre aseptique et percé de deux orifices. Par chacun de ces orifices passe un tube de verre. L'un des tubes est long et plonge au fond du vase ; il est recourbé à sa partie supérieure et communique par un tube en caoutchouc avec une aiguille fine : tube en caoutchouc et aiguille sont empruntés à l'appareil Potain. On emploie l'aiguille de petit diamètre dont on se sert d'habitude pour la thoracentèse. L'autre tube en verre, plus court, reste au-dessus de la surface du liquide, et communique extérieurement avec une poire en caoutchouc, permettant de refouler de l'air dans le récipient : en un mot, il suffit d'adapter à ce tube en verre le tube et la poire en caoutchouc du thermo-cautère de Paquelin.

Cet appareil, simple, est facile à improviser partout, facile aussi à nettoyer : il suffit largement.

Veut-on un appareil plus simple encore? On peut prendre un entonnoir en verre, ou un vase quelconque, le vulgaire bock à injection vaginale par exemple, muni d'une tubulure inférieure à laquelle on adapte le tube en caoutchouc et l'aiguille fine de l'appareil Potain. En élevant ce vase plus ou moins haut au-dessus du lit du malade, la pression atmosphérique jointe à l'élévation poussera le liquide dans la veine ou dans le tissu cellulaire. Il faudra veiller à ce qu'il y ait toujours dans le vase une certaine hauteur de liquide, pour éviter tout risque d'introduction de l'air dans la veine, si l'on pratique l'injection intra-veineuse.

On pourrait encore se servir, comme on le faisait dans les hôpitaux de Budapest, pendant l'épidémie cholérique, d'une simple seringue en verre, d'une contenance de 50 centimètres cubes environ, adaptée à un trocart de moyenne grosseur. On fait alors l'injection sous la peau, préalablement aseptisée, de la région abdominale, sous-claviculaire, ou interscapulaire. Puis, laissant l'aiguille creuse en place, on remplit de nouveau la seringue, et successivement, en moins de cinq minutes, on peut injecter ainsi de 600 à 1,000 grammes de sérum. Cette quantité de liquide se résorbe assez rapidement, surtout si l'on a soin de faire quelques frictions au niveau de la piqûre.

L'instrumentation, on le voit, est des plus simples, et peut être quelconque, rapidement improvisée. Mais, comme le liquide à injecter, le vase qui le contient et les ajutages par lesquels il passe, devront être absolument propres : stérilisation à l'eau bouillante, suivie d'une immersion suffisamment longue dans l'eau phéniquée au vingtième. En outre, l'aiguille servant aux injections sera préalablement flambée à la lampe à alcool.

Choix de la région. — Injection. — Voyons suc-

cessivement comment l'on doit procéder, selon que l'on veut faire l'injection intra-veineuse, ou l'injection sous-cutanée.

Injection intra-veineuse. — C'est une transfusion de sérum artificiel.

On choisit une veine apparente au pli du coude ; ou, à son défaut, la saphène interne au-dessus de la malléole.

La peau de la région est lavée, brossée, savonnée, passée à l'eau phéniquée au vingtième, bref rendue aseptique.

Le liquide est à la température voulue. On commence par amorcer l'appareil, on laisse écouler quelques gouttes de liquide, de façon à être certain qu'il ne reste pas d'air dans les tubes en verre ou en caoutchouc.

La peau soulevée avec la pince au niveau de la veine est coupée d'un coup de ciseaux qui produit une incision transversale en V obtus. On coupe de même l'aponévrose, puis la gaîne vasculaire, de sorte que la paroi veineuse apparaît bien à nu, au fond de la plaie. On saisit cette paroi avec la pince, on l'incise, et abandonnant alors les ciseaux sans lâcher la paroi veineuse, on prend la canule, on laisse s'en écouler quelques gouttes de liquide pour s'assurer encore que l'appareil est bien amorcé, et on l'enfonce dans la veine maintenue ouverte. Il ne reste plus qu'à injecter doucement.

Dans les cas de choléra ou d'hémorrhagies graves, où il faut rapidement remédier, soit à la grande déperdition d'eau que le malade a subie par suite de la surabondance de ses déjections, soit à une abondante perte de sang, on peut injecter ainsi dans la veine, en un seul coup et en un quart d'heure ou vingt minutes, 1500 grammes à deux litres de sérum artificiel. C'est là le temps qu'il faut à peu près pour injecter cette dose de liquide. Cela dépend naturellement du calibre de l'aiguille et de la pression à laquelle on soumet le liquide ; il n'y a nulle raison pour aller plus vite.

L'injection finie, la canule retirée, on panse la petite plaie, bien proprement, comme celle d'une saignée.

Injection sous-cutanée. — Dans les cas plus légers, en face d'accidents moins pressants ou d'une moins grande quantité de liquide à injecter, on peut faire cette injection dans le tissu cellulaire sous-cutané. Quelques médecins préfèrent même, d'une façon générale, ces injections sous-cutanées, aux injections intra-veineuses.

Pour eux, le mélange du liquide injecté avec la masse sanguine se ferait mieux si ce liquide est entraîné peu à peu avec le sang qui passe au niveau de la région injectée, que lorsqu'il forme une colonne d'eau salée, comme celle qui résulte de l'injection intra-veineuse. En outre, le sérum introduit directement dans le torrent circulatoire, est éliminé bien plus rapidement que lorsqu'on l'injecte dans le tissu cellulaire sous-cutané : les injections faites sous la peau seraient alors plus efficaces, et auraient une action plus prolongée sur la diurèse. En réalité, injections intra-veineuses et injections sous-cutanées ont chacune leurs indications, comme nous le verrons tout à l'heure.

En quelle région ferons-nous ces injections sous-cutanées ? L'essentiel est de choisir un point riche en tissu cellulaire : la région fessière, par exemple, conviendra parfaitement. Le tissu cellulo-graisseux forme là, surtout chez la femme, une couche épaisse, dans laquelle il est plus facile d'introduire l'aiguille. Il ne suffit pas, en effet, de faire l'injection sous la peau, ce qui pourrait faire craindre un décollement possible : il faut avoir soin d'enfoncer profondément l'aiguille sous le derme, dans le tissu cellulo-graisseux sous-cutané.

La région fessière ayant donc été choisie pour pratiquer l'injection, on fait coucher la malade sur le côté opposé à celui où doit se faire l'injection, de façon à découvrir la fesse.

Ici encore, mêmes précautions générales que pour l'injection intra-veineuse : la peau de la région est rendue aseptique, le liquide est à la température voulue, l'appareil amorcé.

On enfonce alors l'aiguille profondément sous la peau, au point le plus épais, là où la couche cellulo-adipeuse est la plus abondante : c'est dire qu'on a soin de ne pas faire la piqûre trop en dehors, et de ne pas diriger l'aiguille vers le grand trochanter. L'aiguille convenablement enfoncée, on fait marcher la poire en caoutchouc, si l'on se sert d'un appareil à refoulement; on ouvre le robinet et on élève le vase si l'on se sert d'un bock à injection.

On s'aperçoit alors qu'il se forme dans la profondeur, près de l'aiguille, une induration qui devient de plus en plus saillante au fur et à mesure que le liquide pénètre. On peut juger de la rapidité de la pénétration d'après le volume que prend la masse indurée.

A la surface la peau prend un aspect blanchâtre et une apparence grenue.

Il est bon de pratiquer un léger massage, de malaxer les tissus pour faciliter la résorption du liquide, dont la température, nous le rappelons, doit toujours être de 37° ou 38°.

Avec une aiguille assez fine, comme celle dont on se sert pour la thoracentèse, et une pression moyenne, on met environ 20 minutes pour injecter un litre de liquide. Avec l'appareil de Burlureaux, on n'injecte guère, dans le même temps, que 200 grammes d'eau : aussi beaucoup trouvent-ils qu'il ne fonctionne pas assez rapidement.

Lorsqu'il est bon d'injecter, en une fois, au moins un litre de liquide, si l'on trouve que les tissus sont trop tendus, on fait immédiatement une piqûre à l'autre fesse, et l'on injecte le restant du sérum. Mais en ayant soin de bien malaxer les tissus, et si l'on ne veut pas aller trop vite, il est toujours possible d'injecter un litre en un seul point.

L'opération terminée, on peut, si l'on veut, faire un léger pansement à la petite plaie résultant de la piqûre. D'ailleurs, quand on a eu soin de choisir une aiguille un peu fine, on retrouve à peine la trace de son passage.

Telle est la façon, fort simple, dont on pratique généralement les injections sous-cutanées de sérum artificiel. De même qu'à la région fessière, on pourra les faire dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région abdominale, sous-claviculaire, interscapulaire, ou des flancs.

Ces grandes injections sous-cutanées sont peu ou pas douloureuses. Les malades, il est vrai, dont l'état général est grave, ou qui parfois même sont plongés dans le coma, ne sont guère en état de ressentir de légères douleurs.

Mais, comme M. Bernheim le fait encore observer, des malades qui ont leur parfaite connaissance ne se plaignent nullement au cours de l'opération, et signalent tout au plus, après l'introduction d'une notable quantité de liquide, un certain engourdissement passager de la région injectée.

A l'endroit où l'on fait l'injection, il se forme, avons-nous dit, une tuméfaction dure, d'un volume variable avec la quantité de liquide injecté. Cette tuméfaction est moindre, si l'on a eu soin de bien malaxer les tissus, mais elle persiste toujours à la fin de l'opération. Par contre, une demi-heure après, quelquefois moins, il n'en reste pas trace. Les tissus ont repris leur souplesse normale. En sorte que, lors des premières injections, on est surpris de la facilité, de la rapidité avec laquelle un litre de liquide injecté dans le tissu cellulaire est entraîné par la circulation.

Enfin, les précautions antiseptiques et la rigoureuse pureté du liquide rendront parfaite l'innocuité des injections, qui, faites avec ces soins, n'entraînent pas la moindre complication du côté du champ opératoire, ni la moindre élévation de température.

II

Applications thérapeutiques. — Indications ; résultats.

Choléra. — A M. Hayem revient le mérite d'avoir érigé en méthode l'application des injections intra-veineuses dans le traitement du choléra. Le 18 novembre 1884, il a communiqué à l'Académie le résultat de ses observations. En injectant de grandes quantités de liquide, et recommençant les injections, si le malade retournait vers le collapsus, il avait obtenu, sur 100 cas des plus graves, 25 guérisons. On trouvera tous les documents sur ce sujet dans son livre publié en 1885, sur le traitement du choléra. En 1892, ce traitement a été appliqué sur une grande échelle et à peu près dans tous les pays. Le plus souvent, c'est l'injection intra-veineuse qu'on a faite, la transfusion de sérum artificiel.

Voici comment M. Hayem explique l'action des injections salines dans le choléra : « L'injection intra-veineuse relève la tension sanguine et permet au sang de reprendre son cours et de s'hématoser ; elle restitue aux tissus l'eau qu'ils ont perdue et réveille ainsi des fonctions importantes ; elle fait cesser l'inégale répartition du calorique et ranime les échanges nutritifs ; enfin, en modifiant forcément la circulation abdominale, elle a peut-être une influence favorable sur la marche de la lésion intestinale. » On peut ajouter qu'en faisant ainsi le lavage du sang on répond encore à une autre indication, celle de débarrasser le sang et les tissus des toxines d'origine microbienne élaborées dans l'intestin, et des produits d'excrétion qui s'éliminent mal, par suite de l'altération du filtre rénal.

Les indications de la transfusion veineuse sont, chez les sujets atteints de diarrhée profuse, le collapsus algide et la suppression durable du pouls radial. Quelques médecins ont avoué que les injections intra-veineuses devaient être réservées aux cas désespérés, mais il est difficile de définir ce que l'on entend par cette variété de cas. Moins la période de stase algide aura duré, plus la guérison sera facile, d'après M. Hayem. Aussi ne faut-il pas temporiser. « Le choléra n'est pas une maladie qui s'accommode de demi-mesures et de tergiversations. » Dès que le pouls devient impossible à compter, il faut, sans attendre d'autre indication, pratiquer la transfusion.

La dose doit être de 1,500 grammes à deux litres, à injecter en un seul coup, en un quart d'heure ou vingt minutes, en faisant de préférence l'injection intra-veineuse.

Les résultats immédiats de cette transfusion sont remarquables. Chez ces cholériques à la période d'algidité, complètement insensibles à toute excitation, avec un pouls imperceptible, on croit assister à une véritable résurrection. Le pouls se relève sous le doigt qui l'explore, le patient ouvre les yeux, sort de sa torpeur, répond aux questions qu'on lui pose. La contracture disparaît ; à la dyspnée, souvent exagérée au début de l'opération, succède une respiration ample et régulière : la plupart des malades sont pris de frissons pendant le cours même de l'injection, ou immédiatement après. La réapparition des urines est un fait consécutif plutôt qu'immédiat : les premières urines apparaissent rarement avant 24 heures ; elles sont claires, de coloration normale, mais contiennent le plus souvent un peu d'albumine.

Dans les cas favorables, l'injection intra-veineuse détermine une réaction franche, soutenue, définitive : alors les phénomènes gastro-intestinaux s'amendent, parfois ils cessent en l'espace de 24 heures.

Malheureusement ces cas de réaction franche et durable après une seule injection ne sont pas les plus fréquents. L'algidité peut reparaître et les phénomènes gastro-intestinaux poursuivre leur cours. Alors se pose la question de retransfusions.

Une seconde transfusion doit être faite sans retard lorsque le pouls devient de nouveau insensible, ou même seulement filiforme. D'après M. Hayem, l'indication de la deuxième transfusion ne peut guère se poser que dix heures après la première injection.

L'ancienneté du collapsus algide, l'algidité centrale, l'alcoolisme ou la tuberculose, la vieillesse sont autant de conditions défavorables au succès de la méthode ; il est vrai que ce sont autant de facteurs de gravité de la maladie.

Les statistiques communiquées par les médecins qui ont employé cette méthode se montrent toutes favorables à la pratique de ces injections de sérum. Evidemment, ce n'est pas là un moyen d'une efficacité absolue, et la mortalité du choléra reste encore très élevée ; mais souvent ces injections, uniques ou plusieurs fois répétées selon les indications, ont amené une réaction franche, aboutissant à la guérison. Elles constituent, somme toute, le seul véritable progrès réalisé dans la thérapeutique du choléra, et comme elles n'entraînent aucun accident, on peut regretter de les avoir omises ; on ne peut se repentir de les avoir pratiquées.

Dans un prochain article, nous étudierons l'emploi de ces injections de sérum artificiel dans l'anémie aiguë, suite d'hémorrhagies graves, dans l'éclampsie puerpérale, dans la neurasthénie et autres affections.

Jourdan,
Interne des Hôpitaux de Paris.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les registres des médecins font preuve en justice.

Chalon, le 8 septembre 1893.

Monsieur et très honoré Directeur,

Je reçois, à l'instant, venant de Milan, la réponse de Monsieur le président *Dubrac* ; je m'empresse de vous en envoyer copie.

« Milan, 16 septembre 1893.

« Monsieur,

« Je regrette infiniment de n'avoir pu répondre plus tôt à la lettre que vous m'avez fait l'honneur de m'écrire contenant la copie du jugement.

« En fait et en droit, le jugement ne tient pas debout et M. le Garde des sceaux pourrait le déférer à la Cour de cassation, dans l'intérêt de la loi.

« Il est aujourd'hui de principe, en jurisprudence, que les livres des médecins font foi en justice, comme ceux des commerçants, non pour le même motif, mais par cette raison, bien simple, que le médecin ne peut être tenu d'exiger de son malade une preuve écrite de chaque visite qu'il lui fait.

« Mais sans qu'il soit besoin de s'arrêter à cette considération, il est un autre principe qui dominait la cause. Votre adversaire avait accepté la production de vos livres et c'était à lui à prouver le contraire de leur contenu. C'est donc à tort que le juge de paix a fondé sa décision sur les articles 1315 et 1331 du code civil.

« Vous pourriez, Monsieur, charger un avoué de votre ville de rédiger la requête et d'adresser le dossier à Monsieur le garde des sceaux ; c'est la seule marche à suivre.

« Je comprends, par votre lettre, que cette démarche ne vous serait pas dictée par l'intérêt très modique du procès, mais par l'intérêt du corps médical et je ne pourrais que l'approuver.

« Je suis entièrement à votre disposition, pour répondre à toutes les questions que vous voudrez bien m'adresser et j'espère apporter à l'avenir plus de célérité dans ma correspondance.

« Veuillez agréer l'assurance de ma considération la plus distinguée.

« Dubrac. »

Je vais suivre les conseils de Monsieur le président Dubrac. Je ne veux pas laisser ce jugement avoir force de loi.

Dans l'impression de la lettre du 16 *septembre*, nº 37, il s'est glissé quelques erreurs :

1) 7me ligne : *pas aller*, au lieu de *plus aller*.

2) page 441, 15e ligne : *aurait bien voulu*, lire *avait* bien voulu.

3) Même page, même ligne : Tribunal de *Lisbonne*, lire *Libourne*.

Agréez, etc.

Dr E. Bauzon.

La loi sur l'exercice de la Pharmacie.

Revendications des Pharmaciens.

On sait quelle modération nous avons apportée dans la critique de la proposition de loi sur l'exercice de la pharmacie : l'intérêt général a toujours été notre seul guide et nous avons fait passer à l'arrière plan l'intérêt particulier que certains de nos confrères pourraient avoir à faire adopter tel ou tel amendement. Si nous avons soutenu que le médecin avait le droit de vivre, nous avons, par contre, proclamé le même droit pour le pharmacien.

Il est intéressant de mettre en parallèle les revendications des pharmaciens.

Nous publions les documents suivants qui émanent de l'Association générale des pharmaciens de France. Nous les recommandons à la lecture de nos confrères : nous espérons qu'ils vont prendre pour eux les exhortations de l'introduction et faire auprès de leurs sénateurs et de leurs députés, les démarches personnelles.

Nous demanderons d'être entendus par la Commission du Sénat.

Association générale des pharmaciens de France.

PROPOSITION DE LOI CONCERNANT l'exercice de la pharmacie. *Paris, le 28 juillet 1893.*

Monsieur et très honoré confrère,

Vous savez que la loi concernant l'exercice de la pharmacie a été votée par la Chambre des députés, en deuxième délibération, le 30 juin dernier, et qu'elle a été transmise au Sénat. La Commission du Sénat chargée de l'examiner se compose de MM. Demoulin de Riols (Landes) ; Poirrier (Seine) ; Madignier (Loire) ; Delsol (Aveyron) ; Camescasse (Pas-de-Calais) ; Lourties (Landes) ; Cornil (Allier) ; Develle (Meuse) et Frézoul (Ariège).

Dans sa séance du 21 juillet dernier, le Conseil d'administration de l'Association générale a recherché quels étaient les points sur lesquels il y avait lieu de demander des modifications à la Commission sénatoriale.

Le Conseil a été unanime à reconnaître qu'il y avait un intérêt majeur à limiter les revendications présentées au nom du corps pharmaceutique et à ne solliciter que les changements que nous pourrions avoir quelque chance d'obtenir.

Les changements que nous réclamons portent sur les articles 11, 15 et 17, et vous les trouverez indiqués dans la note qui accompagne la présente circulaire. D'autre part, nous devons vous informer que le gouvernement aurait l'intention de s'opposer, devant le Sénat, à la suppression du diplôme de pharmacien de deuxième classe, sous prétexte que le nombre des pharmaciens de première classe serait insuffisant pour pourvoir aux besoins de la population, et il serait disposé, paraît-il, à proposer un amendement en vertu duquel les pharmaciens de deuxième classe seraient maintenus, à la condition de ne pouvoir s'établir, ni dans les chefs-lieux de département et d'arrondissement, ni dans les villes dont la population dépasse 10,000 habitants.

Enfin, nous croyons devoir vous avertir que l'article 12 sera vivement combattu par les médecins, qui trouvent exorbitant que le pharmacien puisse délivrer tous les médicaments simples ou composés *non toxiques* sur la demande de l'acheteur et sans ordonnance médicale.

La note ci-jointe contient, en substance, les arguments qui peuvent être invoqués en faveur du maintien des articles 2 et 12, tels qu'ils sont rédigés dans la loi votée par la Chambre des députés, et en faveur des modifications à apporter aux articles 11, 15 et 17.

Nous vous prions instamment de faire, dans la mesure de ce qui vous sera possible, les démar-

ches nécessaires auprès des sénateurs de votre département, pour les engager à maintenir les articles 2 et 12 et pour leur signaler le péril qui menacerait notre profession, dans le cas où le Parlement voterait les articles 11 et 17 tels que la Chambre des députés les a votés.

En pareille occurrence, alors que l'avenir de la pharmacie pourrait être sérieusement compromis, l'indifférence équivaudrait à un suicide ; chacun de nous doit faire acte de solidarité confraternelle et apporter son contingent d'efforts à la défense des intérêts communs.

Nous vous engageons vivement à ne pas vous borner à écrire à vos sénateurs ; il est préférable de les entretenir de vive voix, de manière à mieux faire pénétrer la conviction dans leur esprit ; vous pourrez même leur remettre la note que nous vous adressons et qui pourra les édifier.

Nous ne saurions trop vous recommander de limiter aux points, qui sont traités dans notre note les observations que vous présenterez à vos sénateurs ; à l'heure actuelle, l'union est plus que jamais nécessaire ; l'effet que nous désirons produire serait nul si, dans chaque département, les sénateurs étaient tiraillés en sens différents par des réclamations discordantes ; au moment d'engager une action dont chacun de nous attend l'issue avec anxiété, nous devons faire abstraction de nos préférences personnelles, relativement à la rédaction de tel ou tel article ; en procédant autrement, nous nous exposerions à un échec qui serait funeste pour notre profession.

Dans l'espoir que vous accueillerez favorablement la communication que nous avons l'honneur de vous faire, nous vous prions d'agréer l'assurance de nos sentiments bien dévoués.

C. Crinon,
Secrétaire général,
45, rue Turenne.

A. Petit,
Président de l'Association générale,
8, rue Favart.

Association générale des pharmaciens de France.

Observations sur la proposition de loi concernant l'exercice de la pharmacie adoptée par la Chambre des Députés le 30 juin 1893 et transmise au Sénat.

I. — Article 2

portant unification du diplôme de pharmacien.

L'unification du diplôme de pharmacien, c'est-à-dire la suppression du diplôme de pharmacien de deuxième classe, est une mesure qui complète la suppression du diplôme d'officier de santé.

Il n'y a pas à redouter que le nombre des pharmaciens de première classe soit insuffisant pour assurer le recrutement, car il est incontestable que, à partir du moment où le diplôme du second degré serait supprimé, le nombre des aspirants au grade de première classe augmenterait dans une proportion considérable.

Quant aux conséquences que pourrait avoir la suppression du diplôme de pharmacien de deuxième classe sur l'avenir des Écoles préparatoires, on peut affirmer qu'elles ne sont guère redoutables, puisque ces Écoles pourraient conserver les étudiants en pharmacie, comme les étudiants en médecine, pendant les premières années de leur scolarité.

II. — Article 11 (1er paragraphe)

qui fixe à 4 kilomètres la distance qui doit exister entre le domicile des malades et la pharmacie la plus proche, pour que le médecin résidant dans une localité dépourvue d'officine soit autorisé à fournir des médicaments à ses malades.

Il nous semble qu'il y aurait lieu de porter cette distance à 6 kilomètres ; cette distance n'a rien d'excessif ; il résulte d'un travail fait par le Syndicat des pharmaciens de la Côte-d'Or que, avec la distance de 4 kilomètres, 55 pour 100 de la population du département échappe aux pharmaciens. Cette proportion est déjà considérable, mais elle serait encore plus forte dans les départements où la population est moins dense et moins nombreuse que dans celui de la Côte-d'Or et où il y a moins de pharmaciens.

C'est, d'ailleurs, la distance qui a été fixée par la première Commission de la Chambre des députés qui a élaboré un projet de loi sur l'exercice de la pharmacie, et dont M. Naquet a été rapporteur.

III. — Article 11 (2e paragraphe)

qui porte que les médecins résidant dans les localités pourvues d'une ou plusieurs officines auront le droit d'avoir chez eux certains médicaments d'urgence, dont la liste serait dressée par un règlement d'administration publique, et qu'ils pourraient distribuer à leurs malades dans les circonstances prévues par le même règlement.

Ce paragraphe manque de clarté, et il est assez difficile d'en saisir la signification. Le médecin peut, d'après ce paragraphe, avoir *chez lui* des médicaments d'urgence, qu'il peut *distribuer* à ses malades. Il semble qu'on ait eu l'intention d'autoriser les médecins à distribuer certains médicaments, *dans leur cabinet*, aux malades qui viennent les consulter. Si telle est l'interprétation qui doit être donnée au texte adopté par la Chambre des députés, le paragraphe doit nécessairement disparaître, comme ne répondant à aucun besoin réel, puisqu'il s'agit de médecins résidant dans les localités où se trouvent des pharmaciens.

Si le paragraphe en question veut dire que le médecin pourra délivrer à ses malades, en cas d'urgence, un médicament qu'il y a lieu d'administrer immédiatement, il est préférable que ce droit ne soit pas inscrit dans la loi, car s'il s'y trouvait, il deviendrait un prétexte à un nombre considérable d'abus.

En admettant qu'un médecin délivre un médicament à un de ses malades, dans une circonstance urgente, jamais un pharmacien ne songera à l'incriminer, et, dans le cas où un pharmacien serait disposé à lui faire un procès, aucun tribunal n'oserait prononcer une condamnation, alors qu'il serait démontré que le médecin poursuivi aurait exceptionnellement délivré un médicament urgent et qu'il ne serait pas réputé comme ayant pour habitude de pourvoir tous ses malades des remèdes qui leur sont nécessaires.

La loi sur la médecine ne contient aucune disposition autorisant les pharmaciens à donner, dans les cas d'urgence et en l'absence de tout médecin, les premiers soins à des malades ou à des blessés, et son silence a été très sage à cause des abus qui pourraient se produire à l'abri d'une autorisation légale, bien que cette autorisation fût limitée ; la loi doit observer la même réserve relativement aux cas d'urgence où le médecin peut être appelé à fournir les premiers médicaments que nécessite l'état d'un malade.

IV. — Article 12 (1er paragraphe)

qui accorde aux pharmaciens la faculté de délivrer librement les médicaments simples ou composés non toxiques, qui leur sont expressément demandés par l'acheteur.

Le droit que ce paragraphe accorde aux pharmaciens a été vivement attaqué par un certain nombre de médecins et par plusieurs journaux de médecine ; les médecins du Parlement seront mis en demeure de protester contre cette disposition.

Cet article n'est que la consécration d'un état de choses qui s'est établi à la longue, sous la pression

du public ; si les protestations du corps médical devaient rencontrer un accueil favorable devant les pouvoirs publics, l'interdiction qui serait portée par la loi resterait lettre morte aussi bien que celle qui se trouve inscrite dans la loi actuelle; le public ne comprendrait pas que le législateur le privât du droit de se soigner à sa guise et de s'administrer tel ou tel remède, alors que ce remède n'est pas une substance toxique dont le commerce est nécessairement soumis à une règlementation spéciale. Personne n'admettra jamais qu'on ait besoin de se pourvoir d'une ordonnance médicale pour se procurer du sirop antiscorbutique, du vin de quinquina, du sirop de salsepareille, des capsules de goudron, du baume opodeldoch, de l'eau de Sedlitz, du sulfate de quinine, de l'iodure de potassium, un gargarisme astringent, etc. Sans doute, un certain nombre de personnes ont tort de s'administrer tel ou tel médicament, qui peut leur faire plus de mal que de bien, mais la masse du public revendique hautement cette liberté, et il serait impossible aux pharmaciens de résister à ses exigences.

Au point de vue spécial qui préoccupe les médecins, l'article 12 leur donne toutes les satisfactions désirables en stipulant formellement que les pharmaciens doivent se borner à délivrer les médicaments qui leur sont demandés, et qu'ils doivent s'abstenir de les conseiller, s'ils ne veulent pas s'exposer à être taxés d'exercice illégal de la médecine. Cet avertissement que contient la loi est destiné à sauvegarder les intérêts du corps médical.

V — Article 15

rendant libre le commerce des plantes indigènes et de quelques médicaments simples.

L'article 15 était, dans le principe, complété par un paragraphe ainsi conçu : *Il ne sera plus délivré de certificat d'herboriste.* Ce paragraphe ayant disparu et le diplôme de certificat d'herboriste étant maintenu, nous estimons que l'article 15 doit être supprimé. Il est, en effet, assez difficile de saisir en quoi consisteraient les prérogatives attachées au certificat d'herboriste, alors que la loi autorise quiconque à vendre les substances que leur titre leur permet de débiter.

VI. — Article 17 (paragraphes 3 et 4)

qui reconnaissent aux hôpitaux gérés par un pharmacien le droit de vendre des médicaments au public.

Il est impossible d'admettre que les municipalités ou les hôpitaux reçoivent du Parlement l'autorisation de pratiquer ainsi le socialisme, au détriment des membres d'une seule profession et d'une catégorie de citoyens qui est soumise aux mêmes charges locales que les autres contribuables.

Lorsqu'une pharmacie d'hôpital fait concurrence aux pharmaciens établis dans la localité où se trouve l'hôpital, elle a sur ceux-ci un avantage considérable, puisqu'elle n'a à acquitter aucun frais de patente ni de loyer; de plus, ses frais de personnel sont très minimes, car, le plus souvent, elle a à sa disposition des sœurs dont les services sont moins largement rétribués que ne le sont les élèves en pharmacie.

Parmi les hôpitaux dont la pharmacie est gérée par un pharmacien, on n'en compte qu'un petit nombre vendant au public. Mais beaucoup d'hôpitaux imiteraient immédiatement leur exemple, si le Sénat consentait à maintenir dans la loi la disposition proposée par M. Jules Roche et votée par la Chambre des députés, et cette nouvelle concurrence amènerait fatalement la ruine de plusieurs milliers de pharmaciens.

En outre des hôpitaux qui s'engageraient dans la voie de la vente au public, on verrait soit les congrégations religieuses, toujours passionnées pour la pharmacie soit des spéculateurs désireux d'exploiter une officine, créer des établissements pseudo-hospitaliers, comportant simplement quelques lits, mis pour la forme à la disposition des malades, et servant simplement de prétexte pour l'ouverture d'une pharmacie gérée avec l'aide d'un prête-nom, ce que la loi condamne.

Des conséquences aussi fâcheuses ne peuvent manquer de préoccuper vivement le législateur.

Quant à l'objection qui a été produite devant la Chambre des députés et qui consiste à alléguer que les bénéfices réalisés par les pharmacies hospitalières qui vendent des médicaments constituent des ressources dont les hôpitaux ne pourraient être privés sans que leur existence fût compromise, il est aisé d'y répondre. Tout d'abord, il résulte de renseignements que nous possédons que, à part un très petit nombre d'exceptions, les hôpitaux sont assez riches pour pouvoir se passer des bénéfices résultant de la vente des médicaments. D'autre part, nous ferons remarquer qu'il est profondément inique de faire supporter aux membres d'une seule profession des charges qui doivent être réparties sur l'ensemble des contribuables. Une iniquité a donc été commise, dans certaines villes, à l'égard des pharmaciens ; cette iniquité doit disparaître. Enfin, nous ajouterons que, dans un certain nombre d'hôpitaux, le bénéfice produit par la vente des médicaments profite aux congrégations religieuses attachées aux hôpitaux, et non aux hôpitaux eux-mêmes.

En dernier lieu, nous invoquerons un dernier argument tiré de l'état de minorité, dans lequel se trouvent les établissements hospitaliers. Ceux-ci doivent être soumis au même régime que tous les mineurs, et, par conséquent, ils ne peuvent être autorisés à se livrer à des opérations commmerciales.

VII. — Article 17 (paragraphes 5 et 6)

qui stipulent que les bureaux de bienfaisance pourront ouvrir des dispensaires, dans lesquels seraient distribués aux indigents des médicaments provenant des pharmacies des hôpitaux, sous la surveillance des pharmaciens de ces hôpitaux.

D'après ces paragraphes, la distribution des médicaments serait faite, dans les dispensaires, par des élèves remplissant les conditions fixées par l'article 6 de la loi, c'est-à-dire étant internes en pharmacie ou ayant accompli leur scolarité. Ces élèves seraient nommés par le préfet.

L'exception créée par l'article 6 de la loi se justifie, parce qu'elle est destinée à parer à certaines éventualités ; mais la loi a eu la sagesse de considérer cette exception comme ne devant s'appliquer qu'à des cas exceptionnels, dans des circonstances éphémères ; ce qui le prouve, c'est que, au cas où ces circonstances se prolongeraient, l'autorité préfectorale est obligée d'intervenir pour proroger le temps pendant lequel les élèves en question auraient été autorisés à exercer exceptionnellement la pharmacie.

Aux termes des paragraphes 5 et 6 de l'article 17, ce renouvellement des autorisations cesse d'être obligatoire, lorsqu'il s'agit de confier aux élèves la gestion des dispensaires. Il est difficile de concevoir une loi qui pose en principe que la pharmacie ne peut être exercée que par des pharmaciens diplômés, et qui, dans plusieurs de ses articles, donne une entorse à ce principe.

Quant à la surveillance dont parlent lesdits paragraphes, et qui serait exercée par les pharmaciens des hôpitaux, il est clair qu'elle ne peut être sérieuse, attendu que ces pharmaciens, retenus à l'hôpital par les exigences du service pharmaceutique de cet établissement, n'ont pas le don d'ubiquité et sont dans l'impossibilité de voir ce qui se passe dans des dispensaires multiples, plus ou moins éloignés de l'hôpital.

Nous estimons que les indigents soignés dans les bureaux de bienfaisance ont droit aux mêmes ga-

ranties que les malades soignés dans les hôpitaux ; ces garanties seraient incomplètes sans la surveillance effective d'un pharmacien diplômé, et l'intervention de celui-ci est d'autant plus indispensable que la thérapeutique s'enrichit chaque jour de médicaments nouveaux, dont la posologie et les caractères ne commencent à être exactement établis qu'après un usage de plusieurs années.

Nous concluons que les paragraphes en question doivent être supprimés ; il résultera de cette suppression que les bureaux de bienfaisance se trouveront dans l'obligation de mettre un pharmacien à la tête de chacun de leurs dispensaires ou de recourir aux pharmaciens de la ville pour la fourniture des médicaments destinés aux indigents. Quant aux dépenses qu'entraînerait le système consistant à prendre les pharmaciens de la ville comme fournisseurs des bureaux de bienfaisance, il n'y a pas à redouter qu'elles dépassent les limites raisonnables, étant donné que les deux derniers paragraphes de l'article 17 obligent les pharmaciens à faire ces fournitures d'après un tarif imposé par l'administration.

Nous prétendons même qu'avec ce système, les dépenses seraient moins considérables ; la ville de Rouen, par exemple, a ouvert cinq dispensaires, dont la construction a coûté 250,000 francs ; avec les intérêts de cette somme, il lui eût été facile de pourvoir aux frais pharmaceutiques de ses indigents en prenant les médicaments chez les pharmaciens de la ville, et cela, sans faire entrer en ligne de compte les frais de personnel et le coulage qu'entraînerait nécessairement la distribution dans les dispensaires.

Si le corps pharmaceutique est hostile à l'établissement des dispensaires des bureaux de bienfaisance fonctionnant dans les conditions qui sont prévues par l'article 17 de la loi et qui ne pourraient être réalisées que dans les grandes villes, il est, à plus forte raison, opposé à un autre système, plus radical encore, qui paraît avoir les préférences du gouvernement et qui consisterait à permettre à chaque commune ou à un groupe de plusieurs communes d'avoir un dispensaire dans lequel les médicaments seraient préparés et distribués aux indigents par des préposés agréés par les préfets ; il est incontestable que l'incompétence scientifique de ce personnel constituerait un danger considérable pour la santé des malades.

On prétend que le pharmacien de l'hôpital qui serait chargé de pourvoir à l'approvisionnement des dispensaires surveillerait le personnel chargé de la distribution des médicaments aux indigents ; cette surveillance, que nous avons considérée comme illusoire dans le cas où les dispensaires seraient situés dans la même ville que l'hôpital, deviendrait un véritable leurre, si elle devait s'exercer sur les dispensaires disséminés dans l'étendue d'un département. Il surviendrait fatalement des empoisonnements dont les communes seraient civilement responsables ; c'est là un risque à l'abri duquel le gouvernement, leur tuteur naturel, doit avoir souci de les placer.

L'éloignement des pharmacies ne saurait constituer un argument sérieux en faveur de l'établissement des dispensaires ; les indigents qui auront à se procurer des médicaments feront ce qu'ils font aujourd'hui et ce que font les malades non indigents : ils iront à la pharmacie voisine, ou bien, si le médecin qui les a visités se trouve dans les conditions prévues par l'article 11, ce médecin leur délivrera les médicaments dont ils auront besoin.

Si l'on suppute les frais qu'occasionneraient ces dispensaires, il est facile de se rendre compte que la dépense serait beaucoup plus élevée qu'avec le système consistant à prendre les pharmaciens et les médecins comme fournisseurs des médicaments destinés aux indigents.

Nous invoquerons un dernier argument contre l'établissement des dispensaires en question : il est facile de prévoir que les communes confieront la gestion de ces dispensaires à des sœurs de charité, qui constitueront un personnel plus économique que tout autre ; or, la France est peuplée d'un nombre considérable de sœurs se livrant à l'exercice illégal de la pharmacie et même de la médecine. Le mal prendrait alors une extension bien plus considérable, et on verrait bientôt ces sœurs de charité ouvrir de véritables pharmacies dans lesquelles elles vendraient au public ; les municipalités ne s'y opposeraient pas, car les sœurs les intéresseraient à leur trafic en leur offrant de fournir gratuitement les médicaments destinés aux indigents. L'existence possible de ces abus n'est pas une chimère ; ils se produisent déjà dans un certain nombre de communes où les municipalités chargent de la fourniture des médicaments destinés à leurs indigents des congrégations religieuses exploitant illégalement la pharmacie dans ces communes. Cela se passe sous les yeux des autorités municipales et départementales, qui se montrent trop souvent opposées aux poursuites que veulent intenter les pharmaciens.

Nous proposons donc de maintenir les deux premiers paragraphes de l'article 17 tels qu'ils existent dans la loi, et de rédiger le restant de l'article de la manière suivante :

« Les pharmacies des hôpitaux et hospices doivent être pourvus d'un pharmacien diplômé ; « dans ceux de ces établissements qui n'ont pas « une importance suffisante pour qu'un pharmacien y soit spécialement attaché, le service pharmaceutique peut être confié à un pharmacien de « la localité, qui fournira les médicaments destinés « aux malades desdits établissements, ou qui les « préparera à l'intérieur de ces mêmes établissements.

« Les pharmacies des hôpitaux et hospices ne « peuvent vendre des médicaments au public ; lorsque ces pharmacies sont gérées par un pharmacien spécial, elles sont autorisées à distribuer « gratuitement les médicaments destinés : 1° aux « malades porteurs d'une ordonnance d'un médecin ou chirurgien chargé de la consultation externe dans l'hôpital ou l'hospice où se trouve la « pharmacie : 2° aux malades porteurs d'une ordonnance d'un médecin chargé du service médical « des bureaux de bienfaisance.

« Tout pharmacien, s'il en est requis, est tenu « de fournir, pour le compte de l'Assistance publique, des hôpitaux et des bureaux de bienfaisance, les médicaments destinés aux malades « soignés par ces établissements. Les conditions « et les prix de ces fournitures sont arrêtés, pour « chaque département, par un règlement d'administration publique. »

REPORTAGE MÉDICAL

Madame Hédouin, veuve Boulard, a fait à l'Association de la Seine, un don de 40.000 fr.

— Nous faisons part à nos lecteurs du décès, dans sa 87e année, de M. le Dr Richelot père, qui a tenu dans le journalisme et la science française, une grande place et nous adressons nos compliments de condoléance à son fils, son digne continuateur.

— M. Maze-Sencier, dans son ouvrage sur les fournisseurs de Napoléon 1er, y fait figurer les médecins, pharmaciens, dentistes, pédicures, pour une somme de 202.000 fr. sur lesquels Corvisart en touchait 35 mille, Hallé, médecin ordinaire 15.000. Lanfrancque, Guillouneau, Lerminier, *Bayle* (grand-oncle maternel du directeur du Concours) chargés de l'infirmerie impériale, étaient gratifiés, chacun, de 8.000 fr.

— Statistique de l'*Année médicale de Caen*: Députés : avocats 101. Médecins 53. Pharmaciens 4.

— *Défense de cracher dans les voitures publiques.* — J'ai eu la curiosité d'interroger plusieurs conducteurs de tramways et omnibus, et de leur demander s'ils savaient pourquoi cet avis avait été affiché. Tous m'ont répondu qu'ils l'ignoraient, mais que c'était probablement parce qu'on avait trouvé que ce n'était pas propre. Un conducteur a émis à ce propos l'ingénieuse hypothèse suivante : « Ce devait être une dame dont la robe avait été salie par des crachats, qui avait fait une réclamation. » — « Mais, leur dis-je, si une personne se permettait maintenant de cracher sur le plancher, qu'est-ce que vous feriez ? Pour faire respecter cet arrêté, menaceriez-vous de faire descendre de la voiture ? » Ils se regardèrent étonnés; ils n'avaient pas reçu d'avis à cet égard : ça permettrait seulement aux personnes, qui seraient gênées de protester et de se plaindre.

« Et, ajoutai-je, quelle a été l'impression générale en lisant cet avis. » — « Oh ! ça a fait rire. On a trouvé que la Compagnie avait eu une drôle d'idée de faire coller cette petite bande de papier. »

Là-dessus, j'appris aux conducteurs, de plus en plus étonnés, que cet arrêté avait été pris sur la demande d'un Congrès de médecins réunis pour lutter contre une maladie terrible et extrêmement répandue, la tuberculose pulmonaire, *la maladie des poitrinaires* ; que le germe de cette maladie, certainement contagieuse, résidait surtout dans les crachats des tuberculeux ; qu'il y avait un grand danger à respirer la poussière de ces crachats desséchés ; et qu'il fallait, par suite, tenir la main ferme pour que cet arrêté fût respecté ; qu'eux-mêmes qui passaient leur vie dans les voitures publiques y étaient plus intéressés que n'importe qui.

Ils se montrèrent très surpris qu'on ne leur eût pas donné ces explications. Moi de même.

— *Règlement sur l'emploi thérapeutique de l'hypnotisme en Russie.* — « Les médecins ont le droit d'employer l'hypnose en thérapeutique, mais en observant l'article 115 du Code médical.

« Chaque fois qu'ils feront l'application du traitement, ils devront en informer les autorités administratives et désigner les médecins en présence desquels l'opération sera pratiquée.

« Dans les hôpitaux de l'Etat, l'emploi de l'hypnotisme est libre.

« Il est défendu de publier toute annonce ou toute réclame relatives à l'hypnotisme. »

Nous comprenons parfaitement qu'on réglemente l'usage de l'hypnotisme, qui peut, selon la façon dont on la pratique, faire beaucoup de bien ou beaucoup de mal. Mais il y a dans ce règlement un paragraphe qui nous rend rêveur : il faudra informer les autorités administratives, toutes les fois qu'on voudra employer l'hypnotisme. Heureux pays, où le fonctionnaire occupe certainement la première place !

— *Mensuration anthropométrique.* — La méthode de M. Bertillon est sur le point d'être adoptée en Angleterre. Le conseil de l'*Association britannique pour l'avancement des sciences* vient d'appeler l'attention du gouvernement anglais sur cette méthode, et son application au département criminel du ministère de l'intérieur, aux bureaux de recrutement de l'armée et de la marine, et à l'administration coloniale.

F. Galton, l'inventeur de la photographie composite, préconise, comme addition à la mensuration anthropométrique, l'empreinte de la pulpe des doigts des mains, qui lui paraît pouvoir être d'une utilité réelle.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3826. — M. le Dr MILLET-LACOMBE, de Vichy (Allier), présenté par M. le Dr Betthomier de Vichy (Allier).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le Dr JACQUOT, de Saint-André de l'Eure, membre du Concours médical.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

Viennent de paraître :

Les grandes Cultures de la France, par ALBERT LARBALÉTRIER, Professeur à l'Ecole d'Agriculture du Pas-de-Calais. Un volume in-16 de 360 pages, à **3 fr. 50** broché et **4 fr.** cartonné. Net 2.80 ou 3.20. (Nouveau volume de l'Encyclopédie des Connaissances pratiques.)

Ce n'est pas un traité didactique d'agriculture que l'auteur a voulu présenter au public, mais bien une série de monographies claires et pratiques concernant les plantes agricoles dont la culture occupe en France les plus grandes étendues. Malgré cette sélection, l'ouvrage parle encore d'un grand nombre de végétaux alimentaires, industriels, fourrages, etc. C'est assez dire qu'il présente la plus grande variété. Ecrit dans un style simple et élégant, d'une lecture très facile, ce volume s'adresse à tous : aux gens du monde, aux citadins ; il apprend comment on cultive le blé qui donne le pain, la betterave qui fournit le sucre, le lin qui donne la toile, etc., etc., produits courants dont beaucoup, parmi les plus instruits, ignorent l'origine première et que les traités techniques d'agriculture rebutent. Aux agriculteurs de profession, cet ouvrage ne sera pas moins utile, car étant au courant des plus récentes découvertes de la science agronomique et des nouvelles méthodes de culture, plus d'un praticien y trouvera un renseignement utile dont il fera son profit.

NOTA. — Le volume est envoyé franco contre un mandat de **3 fr. 50** ou de **4 fr.** adressé à M. le Directeur, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Des meilleurs moyens d'Anesthésie à employer en art dentaire, par le Docteur E. SAUVEZ, professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris, in-8° de 150 pages, illustré de figures dans le texte. Prix : **5** francs. Net 4 francs. (*Envoi franco contre un mandat.*)

L'auteur a entrepris de montrer quels sont les avantages et les inconvénients des moyens d'anesthésie employés en art dentaire, et d'établir quels sont les cas où il faut employer l'un de préférence à l'autre, et réciproquement.

Le Dr SAUVEZ préconise le bromure d'éthyle pour les cas très rares, dit-il, dans lesquels l'anesthésie générale est indiquée en chirurgie dentaire. Il donne le mode d'emploi de cet agent et les résultats qu'il a obtenus avec lui dans 100 cas personnels.

Comme anesthésiques locaux, l'auteur examine avec attention les plus récemment employés, entre autres le *Coryl*, mélange de chlorure de méthyle et de chlorure d'éthyle, à l'étude duquel il consacre un chapitre entier, et dont il se déclare grand partisan, et l'anesthyle, mélange des mêmes corps, créé par le Dr BENGUÉ.

Le Dr SAUVEZ étudie également avec grand soin l'anesthésie locale par les injections de solutions aqueuses de chlorhydrate de cocaïne. Il s'occupe tour à tour des instruments, de la manière de les désinfecter, de la façon de faire la solution, de la dose (*un centigramme*) qu'il emploie, et entre dans des détails très précis sur le manuel opératoire de l'injection.

Enfin, l'auteur termine en préconisant l'emploi du coryl simultanément avec la cocaïne (méthode mixte).

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année | N° 40 | 7 Octobre 1893

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement de l'érysipèle de la face par le nitrate d'aconitine.

M. le Dr *Tison*, de Paris, préconise un nouveau mode de traitement de l'érysipèle de la face. Partant de cette idée que l'aconitine a la propriété de calmer l'hyperémie et l'hyperalgie de la face, il a pensé qu'elle devait avoir une grande efficacité dans le traitement de l'érysipèle de la face, maladie où l'hyperémie et l'hyperalgie sont pour ainsi dire portées au maximum.

« J'ai fait ce traitement, dit-il, dans tous les cas (une vingtaine au moins) d'érysipèle que j'ai eus à traiter, et chaque fois j'ai eu les mêmes résultats : diminution de la durée de la maladie et de la douleur, absence pour ainsi dire de complications, sauf dans deux cas, où, après la guérison de l'érysipèle, il est survenu chez une jeune fille de l'arthrite du genou qui a cédé rapidement, et chez une autre un petit abcès de la tempe, au moins quinze jours après sa sortie de l'hôpital.

« On m'a quelquefois objecté la bénignité de l'érysipèle, qui, très souvent, dit-on, guérit sans aucun médicament. Cependant, j'ai soigné des érysipèles graves, et la plupart de ceux qui parlent d'érysipèle annoncent des cas de mort. « L'érysipèle de la face et du cuir chevelu put causer en une semaine 16 décès, dont 12 ont eu lieu dans les hôpitaux. »

On est disposé à rejeter le traitement à cause de l'activité extraordinaire de l'azotate d'aconitine cristallisé. Cette objection n'a pas de valeur, grâce à M. A. Petit, qui fait ses dissolutions d'alcaloïde dans un mélange d'eau distillée, de glycérine et d'alcool ayant exactement la densité de l'eau distillée, tel que 1 gramme, 1 centimètre cube ou 50 gouttes en contiennent exactement 1 milligramme.

On peut donc employer l'azotate d'aconitine cristallisée à la dose d'un cinquantième de milligramme. C'est donc un médicament qu'on peut manier sans le moindre inconvénient.

M. Tison affirme que, dans tous les cas où il avait administré l'aconitine à des fébricitants, il n'a jamais observé de phénomènes d'intoxication, mais que, dans une circonstance, une de ses malades atteinte d'aphonie complète ayant absorbé environ 12 gouttes d'une solution d'aconitine à 1 pour 2000 (1 deux-millième), elle avait éprouvé, peu de temps après, des fourmillements, une grande prostration sans aucune souffrance. En deux heures, ces phénomènes avaient disparu et la voix était revenue.

Analyse de l'urine et recherche de l'acide urique.

MM. *Arthaud et Butte* préconisent, dans le *Progrès Médical* n° 36, un procédé de dosage de l'acide urique dans les urines, reposant sur le principe de la précipitation par le sel cuivreux. Ils ont apporté récemment quelques modifications au procédé primitif, qui en rendent l'exécution plus pratique et l'exactitude plus rigoureuse. Ce procédé a l'avantage d'être rapide et de n'exiger qu'une quantité relativement faible de liquide.

Voici le manuel opératoire :

On prend environ 100 grammes d'urine que l'on additionne de carbonate de soude à dose suffisante pour précipiter les phosphates et dissoudre l'acide urique précipité. Dans ce but, il est bon d'opérer à chaud. On filtre ensuite et l'on prélève 50 c. c. de liquide filtré sur lesquels on fera le dosage.

Ce dosage s'effectue au moyen d'une solution titrée de sulfate cuivreux qu'il est bon de ne pré-

parer qu'au moment par le mélange de deux solutions inaltérables dont voici la formule :

Solution A.

Sulfate de cuivre......	14 gr. 84
Eau................	1,000 — »
Acide tartrique........	traces.

Solution B.

Hyposulfite de soude.........	80 gr.
Sel de seignette.........	160 —
Eau....................	1,000 —
Acide phénique.........	Q. S.

L'acide tartrique de la solution A est destiné à dissoudre entièrement le sulfate de cuivre et l'acide phénique de la solution B, à préserver le liquide du développement des champignons. Ces deux substances n'ont d'autre but que d'assurer la conservation indéfinie des liqueurs titrées et ne sont ajoutées qu'en quantité juste suffisante. Au moyen de ces deux solutions, on prépare extemporanément une liqueur titrée par le mélange de 8 parties de la solution B avec 2 parties de la solution A et l'on obtient une solution de sel cuivreux dont 10 c. c. peuvent précipiter à l'état d'urate cuivreux insoluble dans une liqueur alcaline 2 centigrammes d'acide urique.

Le calcul et l'expérience montrent, en effet, que 1 gr. 484 de sulfate de cuivre réduit au minimum précipitent 1 gr. d'acide urique.

Pour opérer la précipitation, on verse goutte à goutte dans les 50 c. c. d'urine mis à part la liqueur cuivreuse et l'on note sur une burette graduée les quantités employées. Il se produit un précipité blanc, floconneux, qui va en croissant à mesure qu'on verse de la liqueur titrée.

Pour saisir le moment de la précipitation complète de l'acide urique, on verse sur un filtre, et sur le liquide filtré on ajoute de nouvelles gouttes de solution de cuivre. S'il se produit un louche c'est que la réaction n'est point terminée et l'on reverse sur le filtre. On continue ainsi jusqu'au moment où l'addition de liqueur titrée ne produit plus de louche dans la liqueur. On pourrait aussi risquer de dépasser la limite et ajouter une trop grande quantité de cuivre, bien que le louche caractéristique soit très sensible, et il importe de vérifier si le terme de la réaction est dépassé. Cette vérification est facile. On prélève une goutte d'essai sur le liquide essayé et l'on projette cette goutte dans une solution de xanthate de soude à 10 % contenu dans un tube à essai.

Si la liqueur contenait un excès de cuivre, il se ferait dans la liqueur de xanthate de soude un précipité jaune caractéristique. On aurait, en pareil cas, employé une trop grande quantité de sel cuivreux et l'essai serait à refaire. Quand on a noté la fin de la réaction à la disparition du louche et vérifié par l'apparition du précipité de xanthate cuivreux que tout l'acide urique est précipité, il suffit de lire sur la burette graduée et, par un calcul très simple, d'en déduire la quantité d'acide urique contenue dans l'urine examinée. Ce procédé, plus long à décrire qu'à employer, permet d'obtenir, avec une exactitude d'un milligramme et dans l'espace de 10 minutes, le taux de l'acide urique dans une liqueur quelconque.

Il nous paraît donc supérieur aux procédés lents et inexacts de précipitation par les acides, ainsi qu'aux méthodes exactes, mais longues et délicates, de Salkowsky, qui constituaient jus-

FEUILLETON

Déboires professionnels.

Prendre une note d'honoraires importante, sur le paiement de laquelle on compte pour régler son terme, afin de la mettre à la poste et la retrouver oubliée dans sa poche, un mois après.

***

Emporter un journal scientifique, pour lire en route le dernier compte-rendu de l'académie, et s'apercevoir à la dernière page que le numéro remonte à plusieurs années.

***

Retrouver dans un tas poussiéreux sa thèse, ou le bouquin, dont on est l'auteur, orné d'une chaude dédicace et mis en vente au prix de vingt centimes. — Il n'est même pas coupé, et ce chef-d'œuvre n'a été feuilleté que par le vent, « qui court des bordées dans les nécropoles littéraires des quais. »

***

Contracter un bail dans une maison et y voir s'installer, trois mois après, une succursale des pompes funèbres !

***

Après avoir été introduit chez un client, s'apprêter à porter secours à un monsieur fort essoufflé, qu'on a en face de soi, et s'apercevoir tout à coup qu'on est devant une glace.

Le comble de la distraction serait, en quittant la maison, de changer de chapeau ou d'oublier son parapluie.

***

Après une journée laborieuse, se décider enfin, pour s'endormir, à jeter un coup d'œil sur le dernier ouvrage du professeur X..., encore plus soporifique que ses aînés et être réveillé brusquement par la chute du lourd bouquin, qui avait commencé par vous occasionner un violent cauchemar.

***

Avoir accepté le service théâtral d'un ami, se réjouir d'assister au spectacle, qui est attrayant, chose de plus en plus rare, et être accaparé dès son arrivée par une quadragénaire exubérante qui étouffe dans son corset, ou par un accouchement subit à la quatrième galerie. — Vous aviez déjà dîné à la hâte et jeté votre cigare à peine allumé ; au lieu de vous laisser bercer par l'orchestre, ou d'avoir l'occasion de rire de belle humeur, il va falloir subir les hoquets nauséeux de la grosse blonde, dont le homard ne passe pas, et les fusées vineuses de l'ivrogne qui va baptiser votre elbeuf n° 1.

Quand vous rentrerez au bercail, votre moiti

qu'à présent les meilleurs procédés de dosage de l'acide urique.

MÉDECINE PRATIQUE

Diagnostic et traitement du cancer de l'estomac.

Les progrès de la pathologie de l'estomac, dont nous avons déjà donné plusieurs fois quelques aperçus, ont jeté un jour nouveau sur les gastrites en général et leur diagnostic différentiel. Après l'anatomie pathologique, la chimie s'est emparée de la question et c'est maintenant sur ses données que l'on se base pour classifier et pour diagnostiquer les affections de l'estomac.

Dans une récente clinique, le professeur *Sée* exposait encore cette classification nouvelle et nous lui en emprunterons quelques passages.

Une première catégorie comprend les espèces les mieux définies ; elles ont toutes pour caractère dominant l'hyperchlorhydrie qui, après avoir été vivement combattue dans ces derniers temps, a résisté à toutes les attaques et triomphé de toutes les objections d'ordre biologique les plus véhémentes.

A côté de l'hyperchlorhydrie proprement dite, doit prendre place, dans ce groupe, une espèce morbide nouvellement connue, la gastrosuccorrée ou hypersécrétion générale permanente, qui 9 fois sur 10 s'accompagne d'hyperchlorhydrie ; c'est dans ce groupe que doit être rangé l'ulcère de l'estomac, qui dans tous les cas non compliqués, a pour point de départ l'hyperchlorhydrie.

La *deuxième catégorie* chimique se développe, en dehors de l'hyperchlorhydrie, sur le terrain des fermentations anormales avec ou sans formation de gaz ; elle comprend l'embarras gastrique, le catarrhe chronique, les gastrites glandulaires, les cirrhoses, les atrophies de la muqueuse, le cancer.

La *troisième catégorie* est relative aux états nervo-moteurs sans trouble chimique, du moins primordial. On peut y ranger les dilatations ou du moins la partie des dilatations de l'estomac qui sont bien définies ; là viendront prendre place certaines gastralgies, et en fin de compte les vomissements nervo-moteurs primitifs.

Le cancer de l'estomac est donc une affection stomacale du genre *dyspepsie fermentative et gazeuse* sans hyperchlorhydrie 2e catégorie.

Nous ne ferons pas ici l'analyse complète des symptômes du cancer de l'estomac ; tel n'est pas notre but. Nous chercherons seulement, si avec les données modernes, on peut diagnostiquer plus sûrement et plus rapidement le cancer, et quel traitement devra lui être appliqué de préférence.

I

Diagnostic.

Rappelons sommairement le tableau du cancer stomacal.

Au début : phénomènes dyspeptiques, quelquefois phlébites ou thromboses aux membres inférieurs. Tout le monde se souvient encore du précoce diagnostic fait par l'héroïque Trousseau sur lui-même, en se voyant atteint de phlegmatia alba dolens et de dyspepsie. Le début est extrêmement lent et les phénomènes peuvent être si insidieux que le malade ne soupçonne pas l'affec-

---

à qui vous ne pourrez donner aucun détail sur la pièce, sera encore capable de vous soupçonner d'un alibi.

***

Avoir invité un client, auquel on tient, et l'entendre faire l'éloge du vin qu'on lui a servi, lorsque votre propre fils, s'adressant tout à coup au monsieur lui lance cet aveu : Qu'est-ce que vous diriez, si vous aviez goûté celui que papa boit habituellement ? Il est bien meilleur que celui-ci.

***

S'installer dans le midi, avec un bagage scientifique très convenable et un zèle à toute épreuve et s'apercevoir, au bout de six mois que les insulaires ont moins de confiance en vous qu'aux rebouteurs, qu'aux recettes de bonnes femmes, qu'aux fontaines miraculeuses, et à tous les guérisseurs béatifiés, que, depuis le moyen-âge, on n'a cessé de vénérer. — Parmi ces spécialistes célèbres, je me bornerai à rappeler la vogue dont jouissent saint Aignan contre la teigne, saint Antoine et saint Firmin contre l'érysipèle et le scorbut, sainte Apolline et saint Médard contre le mal de dents. — Saint Avertin, saint Leu, saint Loup, saint Jean, saint Mathieu, saint Nazaire, saint Valentin et saint Victor sont sans rivaux pour l'épilepsie. Saint Christophe, saint Eloi et saint Julien enlèvent miraculeusement le mal de gorge, sainte Claire le mal d'yeux ; saint Eutrope l'hydropisie, saint Genou, la goutte ; saint Courant Bruyère, les insomnies ; saint Mathurin la folie ; sainte Pétronille, la fièvre ; saint Quentin la toux ; saint Roch et saint Sébastien, la peste, et saint René les maux de reins.

> L'homme est de glace aux vérités ;
> Il est de feu pour les mensonges.

Infortuné confrère, comment pourriez-vous lutter contre des protecteurs aussi puissants !

***

Aimer le recueillement, surtout en rentrant de faires des visites éloignées et abondantes et entendre éternellement écorcher, au-dessus de soi, le même air de piano, par des mains aussi inhabiles qu'impitoyables. — Quel est le médecin de Paris, assez favorisé des dieux, pour être complètement à l'abri de cet attentat de lèse-tympan, pour ne pas avoir eu à souffrir des gammes chromatiques, des sons orageux des pianos d'alentour ? — Je conçois votre exaspération nerveuse contre cette calamité sociale. Ce n'est pas assez d'un impôt sur ce fatal instrument ; il devient nécessaire de limiter à deux, ou trois heures par jour le travail horripilant des pianistes, avec un jour de repos complet obligatoire.

***

Dans les réunions mondaines, après un dîner, lorsque les messieurs ont gagné le fumoir et savourent des Havanes exquis, entendre tout à

tion grave dont il est atteint, et la mort subite par hémorrhagie foudroyante peut survenir sans que l'attention ait été attirée du côté de l'estomac pendant la vie. Heureusement ces cas sont rares ; il faut seulement savoir qu'ils peuvent se présenter.

Le plus souvent la maladie évolue lentement en provoquant plus ou moins de troubles suivant le siège qu'elle occupe dans l'estomac, au cardia, au pylore, à la petite ou à la grande courbure, sur une des deux faces, antérieure ou postérieure. Les signes principaux sont : les *vomissements alimentaires ou aqueux* (eaux du cancer), généralement *électifs* (pour certains aliments seulement), les *hématémèses et le melœna*, la *constipation*, la *tumeur épigastrique ou hypochondriaque, mobile*, suivant l'état de plénitude ou de vacuité de l'estomac, *la douleur épigastrique*, exaspérée par l'ingestion des aliments, enfin l'émaciation et l'anémie grave, qui donnent au malade un *teint jaune-paille*. Quand la maladie arrive à la cachexie avec ascite, anasarque, diarrhée, muguet, le diagnostic n'offre pas de difficultés.

Mais c'est à la période d'état que nous venons d'esquisser que le diagnostic est souvent scabreux, et pourtant c'est à ce moment seulement que le traitement peut être utile et même curatif.

En fait, on confond souvent le cancer avec la *dyspepsie simple*, la *gastrite chronique* et *l'ulcère* de l'estomac.

En présence de phénomènes dyspeptiques, de vomissements, de douleurs gastralgiques et d'amaigrissement, doit-on penser au cancer ou à une simple dyspepsie ? Nous savons que l'âge ne signifie rien pour le cancer de l'estomac. S'il y a une tumeur épigastrique, la chose est facile à éclaircir. S'il n'y en a pas, il faut chercher les *ganglions sus-claviculaires* (Troisier), leur présence indiquerait sûrement un cancer. Les douleurs sont plus fugaces et moins fixes dans la dyspepsie que dans le cancer. Enfin, il n'y a jamais d'hématémèses dans la dyspepsie simple.

L'analyse du suc gastrique montre le plus souvent une absence totale d'H. Cl (acide chlorhydrique) dans ce liquide chez les cancéreux. Enfin un traitement convenable améliore les dyspeptiques et reste sans influence sur les cancéreux.

Pour les gastrites chroniques, le diagnostic avec le cancer est au moins aussi difficile. Vomissements, dyspepsie, constipation, amaigrissement, hématémèses même et empâtement épigastrique, se trouvent dans les gastrites comme dans le cancer. Il est vrai qu'une phlegmatia alba dolens ou l'engorgement des ganglions sus-claviculaires ne se voit que dans le cancer stomacal ; les hématémèses des gastrites sont rares et en tout cas, bien moins abondantes que dans le cancer.

L'empâtement épigastrique est vague et non localisé comme une tumeur cancéreuse, mais combien de cancers sans tumeur appréciable ? C'est cependant presque toujours sur la présence de la tumeur que l'on précise le diagnostic de cancer.

Il est peut-être plus sage et plus sûr de suivre avec attention la marche de la maladie. Les gastrites procèdent le plus souvent par poussées aiguës ; elles ont de longues rémissions, et le traitement les améliore notablement. Le cancer, au contraire, suit une marche continue avec exacerbations, je le veux bien, mais aggravation progressive, sans jamais paraître rétrograder.

---

coup le loustic de la bande cribler les médecins d'épigrammes, au risque de porter atteinte au bien-être de votre digestion. — Vous vous laissez aller à un doux nonchaloir, en suivant avec délices les spirales capricieuses de la fumée, et il va falloir répondre sans vous fâcher, aux provocantes boutades de ce monsieur, qui se fait l'écho de plaisanteries antédiluviennes et de propos cent fois ressassés. Vous ne pouvez vous contenter de hausser les épaules ; vous êtes obligé de souffler sur ces bulles de savon, ou tout au moins d'y aller de votre anecdote, pour montrer que vous êtes au-dessus des malices de quelques viveurs.

Dans son dernier livre, *Ces bons docteurs*, Gyp a cru jeter un lourd pavé dans notre jardin, crayonnant quelques silhouettes plus ou moins grotesques : Le bourru, celui qui est dans l'train, le jovial, le politique, l'amateur, le bon garçon, le roublard, le fantaisiste, le gaffeur, le complaisant, l'inoffensif et le docteur tant pour cent. Mais pas une de ses caricatures n'est vraie ; le docteur Fringan, le docteur Rapass, le docteur Traigenty et le docteur Byenaymé sont des fantoches en baudruche, qui n'existent que dans l'imagination de l'auteur. Il n'y a qu'un type bien pris dans cette ouvrage, c'est celui de M. de Maniakry, qui est censé avoir fait quelques études de médecine, se sert de grands mots et accable de conseils tous ceux qui l'approchent, surtout les femmes jeunes et jolies, auxquelles il propose de donner des leçons de massage et de pratiquer des frictions reconstituantes.

* * *

La question toujours d'actualité des erreurs pharmaceutiques pourrait à elle seule fournir le sujet d'un long article. Celle des erreurs d'interprétation, de la part de clients obtus, donnerait aussi ample matière à noircir du papier.

Dans ces deux ordres d'idées, je me contenterai de signaler l'histoire du paysan qui fit frire les sangsues qu'on lui avait prescrites et les avala consciencieusement, sinon avec enthousiasme.

Un autre rural, aussi intelligent que le premier, à qui on avait ordonné un bain de pieds à la moutarde, avait commencé à le boire par cuillerées à bouche, lorsque son médecin survint assez à temps pour l'en empêcher. Vous voyez d'ici sa tête.

A chacun de nous il est arrivé de voir un malade prendre un flacon l'un pour l'autre. On prescrit un lavement d'assa fœtida et une potion au quinquina ; c'est cette dernière qui est introduite dans le rectum, tandis que l'autre drogue, d'un goût horrible, passe par l'estomac.

Combien de fois ne vous est-il pas arrivé d'ouvrir un livre pour vous distraire, et de le

Pour l'ulcère rond de l'estomac, qu'on appelle encore ulcère peptique, la chimie a fait de grands progrès qui permettent d'établir plus sûrement le diagnostic qu'autrefois.

Tout d'abord, le début de l'ulcère est souvent plus violent et plus brusque que celui du cancer. Il n'y a pas de tumeur épigastrique dans l'ulcère, pas de cachexie progressive, pas de ganglions sus-claviculaires, pas de dégoût pour les aliments, enfin il se fait très souvent des rémissions prolongées dans la marche de la maladie. De plus, on sait qu'à l'examen du suc gastrique dans l'ulcère, on constate toujours « l'existence de l'hyperchlorhydrie, c'est-à-dire de l'hyperacidité chlorhydrique que les procédés colorimétriques peuvent suffire à déceler. On la constate, au moyen des réactifs colorants, ou bien encore à l'aide du dosage acidimétrique ; l'acidité totale atteint le plus souvent ou dépasse 2,5 à 3 p. 1000. Il est vrai que le facteur chlorhydrique n'est pas le seul qui constitue l'acidité totale. Contrairement à ce que l'on croyait au début des recherches sur l'hyperchlorhydrie, on peut trouver et l'on trouve souvent des acides organiques, à côté de l'acide minéral, dans le suc gastrique des hyperchlorhydriques. Toutefois il est démontré que la majeure partie de l'acidité totale est due à la présence de l'acide chlorhydrique libre. Les malaises et la douleur qui surviennent quelques heures après le repas, chez les hyperchlorhydriques avec ou sans ulcère, sont sous la dépendance de l'hyperacidité du contenu stomacal, laquelle atteint souvent son maximum d'intensité, trois ou quatre heures seulement après l'ingestion des aliments.

L'extraction du suc gastrique au moyen de la sonde, n'est légitime que dans le cas d'ulcère qui ne se complique pas d'hémorragie.

Les caractères chimiques du suc gastrique dans les cas de cancer sont en opposition absolue avec ceux de l'ulcère ; ici c'est l'anachlorhydrie qui est la note dominante avec la présence d'acide de fermentation en grande quantité. L'anachlorhydrie n'est pas d'ailleurs l'apanage du seul cancer, puisqu'on la rencontre dans la gastrite muqueuse atrophique dans le cas de dégénérescence amyloïde, etc., etc. Le cancer, en tant que néoplasme, ne détermine pas nécessairement l'anachlorhydrie ; il arrive souvent que dans le cas de cancer très circonscrit, sans gastrite concomitante, on trouve une sécrétion chlorhydrique qui disparaît avec les progrès de la maladie.

Le diagnostic devient pour ainsi dire impossible, lorsque le cancer se greffe sur un ancien ulcère. Rosenheim a démontré en 1888 que le carcinome complique souvent l'ulcère et qu'alors la sécrétion chlorhydrique est normale ou même exagérée. Dietrich a vu deux fois le cancer succéder à l'ulcère sur seize cas de cancer. C'est dans ces cas de cancer que l'HCl persiste jusqu'à la fin ; il est dû à l'ulcère.

Un autre caractère chimique du cancer est la présence dans le liquide gastrique d'une grande quantité d'acides de fermentation et notamment d'acide lactique. Sans doute les acides se retrouvent dans un certain nombre d'autres cas, mais jamais en aussi grande quantité que dans le cancer.

Quant aux peptones, on en trouve des traces alors même que l'acide chlorhydrique fait entièrement défaut, ce qui suppose la persistance d'une légère sécrétion peptique. D'après Boas,

---

trouver rempli de diatribes contre les médecins, d'épitaphes vindicatives dans le genre de celles qui suivent, et qui ont dû être lancées dans la circulation par quelque rimailleur pour mirlitons :

Sur un médecin bélâtre.

Dédaignant les choses frivoles,
Pour les femmes pris de pitié,
Il rendit complètement folles,
Celles qui ne l'étaient qu'à moitié.

Pour un oculiste.

S'il fait une laide grimace,
Cloué dans cet étroit cercueil,
C'est qu'il n'a plus assez de place,
Pour se fourrer le doigt dans l'œil.

A l'adresse du professeur X...

Ce grand et savant professeur,
De l'Institut se fit élire ;
Envions tous son successeur ;
Il n'aura pas grand'chose à lire.

Sur un chirurgien...

Ci-gît sous ces cyprès un médecin très fort
Toujours prêt à couper et pour la moindre chose
On l'a mis sous ce bloc ; mais si vraiment il dort
Sa clientèle enfin repose ! —

Sur un autre.

Ci-gît un vrai suppôt du mal,
Qui fit plus de mal que de bien,
Le bien qu'il fit, il le fit mal ;
Le mal qu'il fit, il le fit bien.

Après ce dernier coup de pied..... de l'âne, on peut tirer l'échelle.

Il y aurait fort à dire, si je voulais même simplement ébaucher l'inépuisable chapitre de l'ingratitude des clients, qui trouvent qu'on ne leur rend pas assez de visites, lorsqu'il s'agit de s'acquitter.— On a publié d'innombrables anecdotes, sur ce point, sans compter celles qui se racontent en petit comité, dans les réunions médicales. C'est un sujet brûlant, sur lequel il vaut mieux se taire, pour ne pas décourager nos cadets, qui abordent la pratique avec des rêves d'or et des illusions, que le temps se chargera vite de dissiper.

Ils se baissent à l'avance pour passer sous les arcs de triomphe, dont ils jalonnent leur chemin ; ils tomberont bien assez tôt dans les ornières qui sont à leurs pieds ?

....

En terminant, je prie mes lecteurs de me pardonner les déceptions que cet article a pu leur procurer. On ouvre son journal sans défiance, avec l'espoir d'en retirer plaisir ou profit et on ne tarde pas à constater que la tartine est creuse, que l'esprit est absent. C'est une déconvenue à ajouter à celles qui précèdent ; c'est un caillou raboteux de plus sur la plage ?

Dr Grellety (de Vichy).

la présure ne manque pas non plus complètement.

Les matières vomies par les ulcéreux varient suivant les cas ; elles sont toujours fortement acides et l'on y retrouve les matières amylacées non digérées.

Les matières vomies par les cancéreux exhalent une odeur souvent fétide ; l'examen microscopique y démontre la présence de nombreux éléments épithéliaux ; on a prétendu que l'on pouvait y distinguer les cellules cancéreuses ; cette assertion de Lebert est aujourd'hui contestée avec raison.

On a cherché aussi dans l'examen des urines un élément de diagnostic différentiel.

On a attaché une grande importance à l'abaissement du taux de l'urée et des chlorures chez certains malades et l'on a considéré cette diminution comme la marque distinctive du cancer ; à vrai dire, la proportion de ces éléments est intimement liée à l'état de la nutrition des malades ; les cancéreux, qui peuvent s'alimenter d'une façon satisfaisante, ne présentent pas de diminution bien marquée de l'urée et des chlorures ; inversement les ulcéreux qui ont des vomissements fréquents peuvent présenter cette diminution au plus haut degré ; il n'y a donc là rien de spécial au cancer. La sécrétion chlorée, dit Katz, dépend dans les maladies de l'estomac des conditions générales de la nutrition. « On a dit que l'hyperchlorhydrie devait avoir pour conséquence une diminution des chlorures du sang et que par suite il devait y avoir une élimination plus marquée des bases par les urines. Gluzinski a le premier fixé l'attention sur l'absence complète de la réaction chlorée des urines, de telle sorte qu'en tous les cas une alcalescence forte des urines et la disparition de la réaction du chlore indiquent une profonde altération dans les fonctions de l'appareil glandulaire de l'estomac. » (1)

Quant aux altérations du sang, elles sont nombreuses, mais non caractéristiques du cancer, sauf à la période de cachexie. Au début et à la période d'état du cancer, on constate que les leucocytes présentent une augmentation relative et absolue et que le sang, dans son ensemble, offre une grande analogie de composition avec celui de l'anémie et de la leucémie.

La diminution de l'hémoglobine serait également très caractéristique. Kœberlé (1888), en présence d'un sang contenant au delà de 60 p. 100 d'hémoglobine, se croit autorisé à exclure le cancer, et Laker se guide pour l'intervention chirurgicale sur le taux de l'hémoglobine.

En fait, le sang est altéré chez les cancéreux, mais non d'une manière spécifique ; de semblables altérations peuvent se rencontrer dans l'ulcère et dans certains états cachectiques, comme la tuberculose.

Une dernière différence du cancer et de l'ulcère : l'ulcère produit généralement des hématémèses plus abondantes que le cancer. Dans le cancer, le sang est décomposé et présente une couleur noire de café ou brune de chocolat. Il n'y a d'exception que pour l'hémorrhagie du cancer du cardia, qui éclate brusquement et violemment sous la forme d'une hémorrhagie finale analogue à celle du cancer de l'œsophage.

(1) G. Sée. Clinique, in *Bull. Médical*, 1893, pages 53, 854.

Peut-on maintenant diagnostiquer le siège et la nature du cancer? *Le siège* : Le cancer du pylore amène un rétrécissement pylorique et une dilatation stomacale. Les vomissements se font très longtemps après les repas, la constipation est de règle, la cachexie très rapide. Enfin la tumeur est limitée, très dure ; on la perçoit à l'épigastre, le long du rebord costal gauche.

Au cardia, le cancer est souvent concomitant d'un cancer de l'œsophage ; les vomissements se font aussitôt après l'ingestion des aliments et le passage de la sonde est difficile. — Sur les courbures et les faces de l'estomac, la marche du cancer est lente, à moins de perforation ; les aliments passent facilement, il y a même de la diarrhée et de la lientérie ; la tumeur est très mobile et on la perçoit sous le rebord costal gauche, dans l'hypochondre ; mais cette tumeur siège-t-elle dans l'estomac ou dans le côlon ? La question peut être facilement résolue à l'aide du procédé de Naunyn. On fait absorber au malade une dose d'acide tartrique, puis immédiatement après, une dose de bicarbonate de soude. L'acide carbonique qui se dégage dilate l'estomac, le fait tourner autour de son axe horizontal et la tumeur se déplace avec lui, si elle siège bien dans l'estomac.

Quant à *la nature* de la tumeur cancéreuse, c'est généralement au squirrhe que l'on a affaire dans le cas de cancer du pylore ; le cancer des faces ou des courbures, et souvent aussi celui du pylore, appartiennent au type de l'épithélioma cylindrique, mais cet épithélioma subit fréquemment la dégénérescence colloïde. Enfin au cardia, il s'agit le plus souvent d'épithélioma pavimenteux.

Quand il y a des noyaux secondaires dans le foie, on doit songer surtout au carcinome encéphaloïde ; enfin, les hémorrhagies fréquentes, mais peu abondantes, doivent faire craindre un encéphaloïde télangiectasique.

II.

Traitement.

Il y a quelques années à peine, le traitement du cancer de l'estomac était précaire, pour ne pas dire nul ; on se bornait dans les livres à écrire ceci : le pronostic est fatal et le traitement doit se borner à pallier les douleurs au moyen de la morphine à haute dose, et les hémorrhagies au moyen d'un hémostatique quelconque (ergotine, perchlorure de fer, antipyrine). Aujourd'hui, il y a deux modes de traitement, qui ont donné des résultats superbes : il ne faut peut-être pas s'enthousiasmer trop vite ; mais les médecins qui les préconisent sont assez sceptiques en général et en même temps assez éminents pour que l'on ajoute quelque confiance à leur opinion. Le plus ancien en date est le mode de traitement chirurgical, *la résection du pylore* (Billroth, Péan).

Le second, qui paraît être tout nouveau et vient d'être exposé récemment au Congrès de Besançon (août 1893) est un traitement purement médical fondé sur la propriété bien établie du chlorate de potasse, de modifier rapidement les épithéliomas. C'est M. Brissaud qui le préconise.

Nous ne nous étendrons pas sur le traitement chirurgical, qui paraît être encore du domaine

de la grande chirurgie, peu praticable pour de modestes opérateurs et qui n'a donné des succès qu'entre des mains habiles. La résection du pylore est relativement simple tant qu'il ne s'agit que d'extirper ; encore, la région est-elle dangereuse, les vaisseaux y sont importants et les adhérences de la tumeur rendent encore plus pénible le travail du chirurgien ; mais la plus grande difficulté réside dans la manière de rapprocher la portion stomacale de la portion duodénale après l'amputation du pylore. Les deux portions n'ont pas le même diamètre et il faut user d'artifices pour qu'elles correspondent à peu près ; les sutures doivent être faites sur trois plans superposés pour assurer la solidité de la cicatrice, et malheureusement les chances de succès sont bien souvent compromises par la présence dans les parois stomacales de petits noyaux cancéreux, qui font récidiver la maladie.

Le traitement médical n'est pas encore assez ancien pour avoir fait beaucoup ses preuves, mais il mérite d'être essayé. On sait depuis longtemps que les solutions de chlorate de potasse agissent d'une façon très efficace sur les épithéliomas de la bouche et sur certains cancroïdes de la face. Les succès obtenus dans ces cas par l'emploi de ce sel ont engagé à essayer d'appliquer au cancer de l'estomac un traitement analogue. Mais comme le chlorate de potasse est peu soluble et qu'il est en même temps très toxique, on devra se servir plutôt du chlorate de soude, qui est beaucoup moins toxique que le chlorate de potasse, puisqu'on a pu sans accident en injecter aux animaux des doses relativement considérables, et qui, en outre, est beaucoup plus soluble que le chlorate de potasse, puisqu'il se dissout dans trois fois son poids d'eau, tandis que celui-ci ne se dissout que dans vingt fois son poids d'eau.

« L'emploi du chlorate de soude, à des doses qui ont varié entre 8 et 16 grammes par jour, sans jamais dépasser la dose de 16 grammes dans les vingt-quatre heures, dit M. Brissaud, m'a donné dans plusieurs cas indiscutables de cancer de l'estomac, des soulagements tels, équivalant d'une façon si frappante à des guérisons, que j'hésiterais à publier ces résultats s'il ne s'agissait que d'un ou deux cas seulement, en raison des erreurs de diagnostic que l'on peut commettre en prenant pour un cancer de l'estomac un de ces cas de gastrite chronique qui reproduisent si bien tous les symptômes de l'affection maligne ; mais ces résultats ont été obtenus constamment dans tous les cas où depuis quatre ans je me suis trouvé en présence d'un cancer purement stomacal, c'est-à-dire dans cinq observations successives, pour lesquelles on ne pourrait parler de cinq erreurs de diagnostic, d'autant moins qu'il en est trois dans lesquelles il existait une tumeur épigastrique appréciable.

« Dans ces cinq cas, au sujet desquels le diagnostic n'était pas douteux, le chlorate de soude a été employé à la dose de 12, 14 et même 16 grammes par jour, et les malades sont aujourd'hui absolument guéris, attendu qu'on a vu, sous l'influence du traitement, se produire la suppression des melæna et des hématémèses, le retour de l'appétit, la disparition de la cachexie, et, d'autre part, dans les trois cas où il existait une tumeur épigastrique appréciable, on a vu cette tumeur disparaître complètement après six semaines environ.

Racine de condurango blanco	10 grammes.
Eau distillée bouillie	250 —
Après 12 heures de macération, ajoutez :	
Chlorate de soude	15 grammes.
Sirop de quinquina	50 —

F. S. A. une préparation à prendre par cuillerées à bouche, de 1 à 4 par jour, progressivement.

« Il y a cependant des insuccès à signaler ; d'une manière générale, ce sont plutôt les formes épithéliomateuses, qui me paraissent être favorablement influencées par le chlorate de soude ; il en est d'autres, telles que les formes interstitielles, sarcomateuses, qui semblent résister à ce mode de traitement.

« D'autre part, il est des cas où l'insuccès doit être attribué soit à la généralisation cancéreuse, soit à des complications sur lesquelles le traitement ne saurait exercer aucune influence.

« Ainsi, dans un des cas où le chlorate de soude a échoué, la propagation hépatique existait déjà quand on a commencé le traitement.

« Dans un autre insuccès, il s'agissait d'un cas de généralisation d'une rapidité extrême, observée chez une jeune femme qui avait cependant bénéficié pendant quelque temps du traitement par le chlorate de soude. M. Nélaton, dans le service duquel elle se trouvait, lui avait fait prendre ce médicament à la dose de 16 grammes par jour, et, en quelques semaines, l'appétit était revenu, les hématémèses avaient cessé, et la malade avait engraissé de 16 livres, si bien qu'on avait cru un instant à une erreur de diagnostic ; mais l'autopsie montra qu'on avait bien affaire à un cancer généralisé. »

M. Brissaud rapporte qu'en 4 années, il n'a pas, depuis l'application de son traitement, vu mourir un seul cancéreux de l'estomac.

Ne nous enthousiasmons pas trop vite ; cependant, au lieu de nous croiser les bras ou de manier uniquement la seringue de morphine en présence d'un malade atteint de cancer de l'estomac, essayons cette nouvelle méthode, qui paraît en ce moment pleine d'avenir. De l'avis de M. Bouchard, de M. Lépine, de M. Brissaud, le chlorate de soude doit être efficace et en même temps bien moins toxique que le chlorate de potasse, et le prix de revient du chlorate de soude ayant notablement diminué, ce sel devrait toujours être employé au lieu et place du chlorate de potasse.

Dr Paul Huguenin.

BULLETIN DES SYNDICATS

Union des Syndicats.

La prochaine réunion du Bureau de l'Union est fixée au mercredi 18 octobre, à 9 heures du matin.

L'ordre du jour est le même qui a été publié précédemment.

Deux nouveaux conseils généraux doivent être ajoutés à la liste de ceux qui ont voté le vœu de l'Union relatif au service militaire des étudiants en médecine :

Le conseil général de la Sarthe, sur la demande faite par le Dr Paoli, président du syndicat médical ; ....

Le conseil général de Seine-et-Oise, sur la demande du Dr Combet, président du syndicat médical de l'arrondissement de Corbeil.

Nous avons le plaisir d'annoncer la formation d'un nouveau syndicat départemental, celui du Cher. Voici le Bureau :

Dr Babillot (de Bourges), président ;

Dr Mérant (de Mehum-sur-Yèvre), vice-président ;

Dr Courrèges (des Aix-d'Angillon), secrétaire général ;

Dr Imbert (de Bourges), secrétaire des séances.

Syndics : Dr Moreau (de Bourges).
Dr Ladevèze (de Saint-Florent).
Dr Thervier (de Vierzon).
Dr Decencière (de Saucergues).

Le Président de l'Union,
Dr L. Porson.

Syndicat médical du Pas-de-Calais et du Nord de la France.

La *Société médico-scientifique* qui existait dans la région avait, en 1892, pris la délibération suivante :

Le Bureau sera chargé de rédiger un rapport qui sera lu et discuté dans l'Assemblée Générale de juillet 1893 sur la transformation de la *Société médico-scientifique* en Syndicat médical.

Le 23 juillet 1893, dans une salle de l'Hôtel de Ville d'Arras, la société se réunissait.

Etaient présents : MM. Poiteau, *Président* ; Dransart, *Secrétaire Général* ; François, *Trésorier* ; Bailliez ; Ballue ; Biat ; Blaire ; Cappelle ; Clément ; Demailly ; Delepouve ; Derieucourt ; Debay ; Devillers ; Delattre ; Ficheux ; Goudemant ; Gremont ; Lardemer ; Lecœuvre ; Magniez ; Poiteau ; Sauvage ; Théry.

Excusés : MM. Bettremieux et Cordonnier.

M. le Président *Poiteau* ouvre la séance et prononce le discours suivant :

Je vais tâcher de vous prouver, Messieurs, qu'il y a nécessité pour nous, médecins, à nous unir en Association Syndicale ; que nous avons tout à gagner, rien à perdre à le faire.

Considérez d'abord qu'autour de nous, depuis le garçon limonadier et le vulgaire cocher de fiacre jusqu'au financier opulent, tout le monde professionnel est syndiqué.

Que fera le médecin isolé au milieu de toutes ces forces corporatives.

Rappelez-vous la fable du vieillard et des jeunes hommes : seul on est facilement brisé, réunis en faisceau on ne peut plus l'être.

Un médecin isolé faisant partie d'une administration quelconque adressera, je le suppose, une réclamation légitime à cette administration ; la plupart du temps il ne sera même pas écouté. Mais si le Président d'un Syndicat médical, fort par le nombre et la considération, présente la réclamation de ce médecin, toutes les portes s'ouvriront devant lui. C'est qu'en effet, l'Administration pense et avec raison, que si l'Association a trouvé la réclamation fondée, il y a des motifs de croire qu'elle l'est réellement ; car le jugement d'un seul peut être suspect, mais l'opinion de tous doit être réputée vraie.

De plus, une administration ne craindra pas de mécontenter une individualité isolée, mais hésitera toujours à froisser une société qui représente une force d'opinion considérable. Voyez, en effet, autour de vous ce qui se passe ; les délégués des Syndicats ouvriers ne sont-ils pas reçus partout où ils se présentent ? aux ministères, aux chambres, et ailleurs ; l'ouvrier isolé, porteur de la même réclamation, serait mis à la porte.

Remarquez que tout ce monde, qui vit autour de nous, et qui est syndiqué, se sert des médecins, parce que c'est une nécessité naturelle et implacable, mais qu'il voudrait bien les amoindrir. Les sociétés de secours mutuels ne s'ingénient-elles pas à user et à abuser du médecin, et le rémunèrent le moins possible ? Les sociétés d'assurances, les compagnies minières, industrielles font-elles autrement ? Les bureaux de bienfaisance n'augmentent-ils pas sans cesse le nombre des indigents inscrits sur la liste de bienfaisance sans tenir aucun compte des sages recommandations de la Préfecture, ainsi conçues : « Nul ne doit être inscrit sur la liste des indigents s'il n'est réellement indigent, et dans l'impossibilité absolue de payer le médecin. » Augmentent-ils aussi facilement l'indemnité qu'ils accordent au médecin de bienfaisance ? Non, assurément. Et cependant cette indemnité est souvent dérisoire.

Pour 0 f. 25 c. à 0 f. 50 c. au plus par visite le médecin de bienfaisance est soumis aux exigences sans cesse croissantes des pauvres, qui souvent réclament insolemment le médecin, auquel ils ont droit, comme s'il était leur bien, leur chose. Je ne serai désavoué par personne d'entre vous en disant : Le médecin de bienfaisance, même constamment occupé de ses pauvres, s'il n'avait pour vivre que le traitement du bureau de bienfaisance, ne pourrait faire ses frais, tout en étant le serviteur de tous. Il est obligé de plaire aux indigents, aux municipalités, à la Préfecture, sous peine de voir son indemnité, déjà si minime, contestée d'abord, et finalement diminuée encore.

L'Administration elle-même n'a pas plus d'égards pour le médecin : elle sait toujours le trouver pour lui imposer de nouvelles obligations, jamais pour le récompenser de ses services. Elle trouve en effet le médecin pour lui imposer une augmentation de patente (contre laquelle toute la presse médicale a protesté) sans lui fournir en compensation de nouvelles sources de revenus ; et cependant les charges de la patente médicale ancienne sont déjà bien lourdes, puisqu'elles s'élèvent pour toute la France, d'après M. Leroy-Beaulieu, à la somme annuelle de 12.984.930 fr.

L'Administration trouve le médecin pour lui imposer l'obligation de déclarer à l'autorité publique les maladies contagieuses, dont il aura eu connaissance dans l'exercice de son art (article 15 de la loi du 1er décembre 1892), sous peine de 50 *à 200 fr. d'amende*, obligation qui n'est couverte également par aucune compensation, puisque cette déclaration *doit être gratuite*.

Elle trouve encore le médecin pour l'obliger à *fournir gratuitement* des certificats destinés à constater l'aptitude physique des enfants de 12 à 13 ans qui désirent travailler dans l'industrie (article 2 de la loi du 2 novembre 1892).

Je pourrais allonger démesurément cette énumération ; elle suffit pour montrer la tendance de l'Administration à user de plus en plus du médecin, à le considérer comme un fonctionnaire, au point de vue des charges, mais non au point de vue des avantages. Car si le médecin des enfants du 1er âge ou le médecin de bienfaisance peut être révoqué comme un fonctionnaire, il n'a ni le traitement des fonctionnaires, ni leurs loisirs, ni le droit à la retraite, ni les mille avantages de toute nature que l'Administration française a créés pour les nom-

breux agents qui émargent au Budget, alimenté par les contribuables, dont nous sommes.

Et c'est lorsque la tendance autour de nous est d'accaparer le médecin, de l'annihiler, de le priver des avantages séculaires d'une profession libérale estimée de tous, que vous resteriez isolés, Messieurs, c'est-à-dire vaincus par avance, quand autour de nous, toutes les professions se syndiquent ? Non, La lutte de la vie est devenue tellement âpre pour la plupart d'entre nous, ses besoins ont tellement augmenté avec la majoration du prix de tout ce qui sert à celle-ci qu'il faut absolument nous mettre à l'unisson du mouvement et faire face à la nouvelle situation qui nous est réservée.

De là l'idée vraie, pratique, de la multiplication des associations de toute nature, des syndicats en particulier, qui sont bien un peu le type de la collectivité.... On doit déplorer, au point de vue libéral pur, cet appel au protectionnisme forcé; on ne peut qu'y applaudir, si dans cette évolution de la profession qui se généralise de plus en plus, nous trouvons plus de bien-être pour nous et les nôtres, et un peu moins d'exploitation de la part de la masse, véritablement par trop acharnée à la dépréciation de nos services. Nous avons été provoqués à fonder nos syndicats par la coalition des intérêts privés contre les intérêts médicaux.

A cette idée d'Association, certains de nos confrères opposent une objection tirée de l'idée de liberté. A quoi bon, disent-ils, nous médecins, qui sommes tous des libéraux dans le sens le plus étendu, qui avons horreur de la tyrannie sous toutes ses formes, consentir à abdiquer une partie de nos chères libertés ? à quoi bon ressusciter les vieilles maîtrises d'antan, qu'un souffle ardent avait renversées avec enthousiasme dans un moment d'assoiffement de liberté, qui n'en restera pas moins splendide !

A quoi bon, disent-ils, nous soumettre à des règlements en nous syndiquant ? Nous aliénons ainsi une partie de notre liberté ; et d'ailleurs n'avons-nous pas l'Association générale !

Je ne veux pas médire de l'Association générale des médecins de France, dont je fais partie comme beaucoup d'entre nous. Je la respecte et l'honore, parce qu'elle est la 1re Association médicale qui a été fondée, l'alma parens médicale ; parce qu'elle compte dans son sein la moitié des médecins du Pas-de-Calais et au moins le tiers des médecins de France ; parce qu'enfin elle a soulagé beaucoup d'infortunes médicales. Mais l'Association générale n'est qu'une société de secours mutuels. Elle a pour but de soulager les misères survenues ; elle ne peut les empêcher de se produire. Or il vaut mieux prévenir que guérir. Dans un moment où tous les corps de métiers s'unissent en syndicats pour défendre au jour le jour les intérêts corporatifs, il ne suffit pas de venir après la bataille secourir le médecin battu dans cette lutte et cette rivalité d'intérêts ; il faut lui fournir des armes *hic et nunc* pour combattre et se défendre. Je passe à la 2e objection : Nous aliénons notre liberté en nous syndiquant. Objection que certains médecins présentent sous cette forme : Je ne veux faire partie d'aucune Association médicale parce que je veux conserver complètement ma liberté d'action. C'est-à-dire que vous voulez conserver la faculté de faire des niches à vos confrères, car vous ne pouvez soutenir qu'un règlement établi par l'accord combiné d'un grand nombre de médecins soit bien restrictif de la liberté. En effet, un règlement établi par tous, dans l'intérêt de tous, ne peut être nuisible à personne : C'est la liberté de mal faire qui sera supprimée par le règlement, mais non la liberté d'action légitime. En s'associant étroitement dans un syndicat, les médecins sacrifient, il est vrai, une partie bien minime de leur liberté d'action, mais en conformant leur conduite à un règlement reconnu par tous bon et utile, ils augmentent la considération dont ils jouissent, et sauvegarderont leurs intérêts. Le léger sacrifice de liberté individuelle que nécessite l'entrée dans un syndicat ne doit pas coûter, parce qu'il produit en retour des avantages inappréciables. D'ailleurs l'expérience pratique des syndicats se fait sur une large échelle ; les résultats que leur application a donnés sont jusqu'à présent très satisfaisants.

Nous en avons un près de nous à Douai qui, bien qu'il soit de création récente, fonctionne très régulièrement et à la satisfaction de tous ses membres.

Messieurs, la Société Médico-Scientifique n'a pas donné les résultats pratiques que nous étions en droit d'attendre d'elle.

L'année dernière je pensais venir pour la dernière fois à la réunion de cette Société. Mais voilà que vous vous êtes réveillés ! Vous nous avez donné la mission de vous présenter un projet de transformation de la Société en Syndicat Médical, voulant ainsi suivre le progrès des idées professionnelles, et profiter des avantages accordés par la loi aux associations établies sous la forme syndicale. Sous ce rapport nous avons rempli complètement notre mandat.

Votre Secrétaire-Général va vous lire le rapport qu'il a fait sur ce sujet, et vous présenter le projet qui sera soumis à votre discussion.

Nous avons préparé le terrain sur lequel l'édifice doit être construit ; les matériaux sont prêts ; c'est à vous maintenant, Messieurs, à vous mettre à l'œuvre et à bâtir un monument durable.

(*Applaudissements.*)

M. le Dr Dransart, *secrétaire-général*, donne ensuite lecture du rapport suivant :

Mes chers Collègues,

Lors de la dernière réunion générale, en juillet 1892, vous avez confié à votre bureau la mission d'étudier le projet de transformer la Société Médico-Scientifique en Syndicat Médical. Ce projet comprend la solution de deux questions à savoir :

1° *Faut-il créer un Syndicat Médical au lieu et place de la Société Médico-Scientifique ?*

2° *En supposant cette question résolue, quel genre de Syndicat faut-il créer ?*

Je vais essayer de vous exposer les idées du bureau et les miennes sur ces diverses questions, de façon à vous éclairer dans les résolutions que vous aurez à prendre dans quelques instants à leur sujet.

1° *Faut-il créer un Syndicat Médical ?* D'un bout de la France à l'autre cette question a été posée et résolue affirmativement dans le corps médical. Ce mode de transformation des Sociétés médicales s'impose : Il se fait actuellement une transformation dans le groupement des forces sociales ; ces dernières s'organisent partout sous forme de Syndicats.

Le Syndicat devient le levier de toutes les revendications et de toutes les exigences justes ou injustes des différentes corporations, qui se partagent la société française. Le médecin peut-il rester à l'écart de ce mouvement ? et peut-il sans danger se tenir à l'état d'isolement ?

Il n'est aucun homme sérieux qui puisse soutenir pareille chose affirmativement. Les faits sont là, du reste, pour donner à chaque pas des démentis à qui voudrait soutenir pareils errements.

La pratique de la médecine est en voie de subir des transformations profondes au sein de notre société, surtout dans les villes et les milieux industriels.

Le médecin autrefois marchait isolément et en général il avait à traiter directement avec le malade ou la famille de ce dernier. Ce qui était autrefois la règle tend de plus en plus à devenir l'exception, surtout dans les grands centres industriels. Généralement dans les questions d'honoraires médicaux le médecin ne relève plus du malade, mais presque toujours de diverses sociétés, dont le malade est membre. Ce sont les sociétés industrielles, les

caisses de secours mutuels d'ouvriers, d'instituteurs, de cantonniers, les administrations de bureau de bienfaisance, les compagnies d'assurances, etc., qui ont la charge des malades et des blessés et qui viennent imposer leurs tarifs, toujours réduits aux médecins.

Certes, il est des sociétés, qui ont à cœur de donner au médecin qui se dévoue à leurs intérêts une rémunération convenable ; vous en connaissez tous, et nous sommes heureux de leur rendre hommage ! Mais, d'autre part, qui de nous n'a pas eu à déplorer les efforts faits par certaines sociétés, non seulement pour abaisser le tarif des honoraires si péniblement et parfois si dangereusement gagnés par le médecin, mais encore pour exiger du médecin, des services que sa conscience réprouve et qu'il refuse souvent de rendre aux dépens de sa situation matérielle! — Il suffirait que nous fassions le moindre appel à notre mémoire pour faire foisonner les exemples d'abus commis aux dépens du corps médical : ici c'est un industriel, maire d'une commune, qui fait inscrire tous ses ouvriers sur la liste du bureau de bienfaisance, faisant ainsi de la générosité et des économies aux dépens de la santé et de la bourse du médecin. Ailleurs, c'est une société de secours mutuels qui inscrit dans ses rangs des propriétaires et des commerçants aisés, de façon à obtenir pour ces derniers le droit abusif de se faire soigner au tarif réduit, que ces sociétés extorquent généralement de la faiblesse et de la générosité des médecins.

Qui de vous n'a pas ouï parler des exigences de certains groupes ouvriers, qui nomment chaque année leurs médecins ?

Qui de vous ne devine à quel genre de pratique médicale peut se livrer un médecin dont la situation est chaque année subordonnée aux caprices d'électeurs dont le choix se dirige le plus souvent vers le médecin, qui distribue le maximum de médicaments ou de bons de viande ? — Cette sorte de médecine se fait aux dépens de l'honorabilité, de l'indépendance du médecin.

Les abus qui en résulteront forcément démontreront, je l'espère, que l'honorabilité et l'indépendance du médecin sont la meilleure sauvegarde des caisses de secours ouvrières et de tous les intérêts confiés au corps médical.

Dans certains milieux ce sont les passions politiques qui créent des misères au corps médical.

Nous le savons, nous avons de nos amis, de nos membres même qui ont été révoqués comme médecins de l'état-civil ou comme médecins du bureau de bienfaisance parce qu'ils avaient cru devoir et pouvoir conserver leur liberté sur le terrain de la politique comme sur celui de la conscience. Cela étant, il faut bien reconnaître qu'à cet état d'abaissement moral et matériel, où la force des choses entraîne le médecin isolé, il n'y a qu'un seul frein à opposer ; c'est le Syndicat Médical.

Déjà une certaine expérience est faite sur le terrain et les médecins qui ont marché de l'avant n'ont eu qu'à s'en féliciter. Je puis vous citer de ce chef les médecins de l'arrondissement de Valenciennes dont le Syndicat remonte à quelques années d'existence.

Je vous parlerai en particulier du Syndicat de l'arrondissement de Douai dont j'ai l'honneur de faire partie. Bien que de date récente, le Syndicat a déjà contribué à relever la situation morale et matérielle du corps médical. Les médecins de Douai syndiqués ont obtenu des résultats dont vous pourrez apprécier l'importance.

Pour me conformer au désir de notre bureau, je publierai ultérieurement le tarif des honoraires en vigueur parmi les médecins du Syndicat de Douai et ensuite le libellé de quelques règlements élaborés, soit par le bureau, soit par l'assemblée générale. Ces divers règlements pourront être utilisés par notre Association Syndicale dès qu'elle sera organisée.

Laissez-moi vous dire, en passant, que le tarif d'honoraires qui sert de base aux médecins de l'arrondissement de Douai est sujet à des modifications, selon les circonstances. Ce tarif n'oblige les médecins du Syndicat que sur le terrain qui leur est commun et dont ils sont les maîtres. En face de médecins non syndiqués le médecin du Syndicat conserve toute sa liberté d'action et modifie ce tarif selon les intérêts qu'il a à défendre.

Vous verrez aussi que nos collègues de Douai ont créé une liste de leurs mauvais clients. Cette liste est imprimée et tous s'engagent à ne donner de soins à ces clients réfractaires que si ces derniers apportent la preuve écrite, qu'ils se sont acquittés de leurs dettes envers leur médecin. Le Syndicat de Douai a également posé les bases des rapports des médecins entre eux dans la clientèle industrielle des ouvriers. Je pourrai vous communiquer plus tard un rapport dû à notre distingué confrère le Dr Buisson.

Ce rapport dicte les lois de convenance professionnelle que les médecins se doivent tout en assurant le respect et la liberté du malade ou du blessé et aussi tout en permettant aux médecins d'usines d'assurer la sauvegarde des intérêts qui leur sont confiés. C'est en élaborant de pareils règlements et en les suivant surtout, que les médecins apprennent à se respecter et à imposer à tous le respect des fonctions qui leur sont dévolues.

Vous verrez aussi que le Syndicat de Douai a déjà défendu d'une façon satisfaisante et équitable les intérêts du corps médical. — Les compagnies d'assurances vie ont doublé le prix de leurs certificats et les compagnies d'assurances contre les accidents ont dû également donner au médecin des satisfactions légitimes.

Avec les deux certificats de blessure et de guérison payés six francs, les compagnies voulaient exiger de la part du médecin des soins médicaux et opératoires. Les médecins de l'arrondissement de Douai ont refusé et ont obtenu en principe et en fait une rétribution supplémentaire, pour les soins donnés et les opérations exécutées à la suite de la constatation d'un sinistre quelconque.

Ainsi donc l'examen de l'état social nouveau qui se crée tout autour de nous aussi bien que les résultats obtenus dans le département du Nord et ailleurs, nous imposent l'obligation de nous constituer en Syndicat (1).

L'exemple donné dans les autres départements doit nous entraîner ; mais est-ce à dire que la création d'un Syndicat va transformer la face des choses et qu'immédiatement la profession médicale sera de beaucoup améliorée ? Certes, nous n'avons pas cette prétention : ce qu'il importe de savoir, c'est que si les Syndicats Médicaux peuvent rendre de grands services, ainsi qu'ils l'ont déjà fait dans certaines localités ; à Douai et ailleurs, ces Syndicats ne peuvent pas être une panacée capable de guérir tous les maux de la profession médicale.

Les Syndicats vaudront ce que seront dans leur ensemble les médecins qui en feront partie. Les bienfaits procurés par les Syndicats seront les résultats du travail de ses membres, de leur tenue, du sens pratique et de la mesure qu'ils apporteront dans leurs justes revendications et surtout de leur étroite solidarité.

Le dévouement et la science sont choses qui courent les rues dans le corps médical français. Ce qui nous manque le plus en général, il faut bien le reconnaître, c'est le respect des médecins, les uns pour les autres ; c'est l'observance rigoureuse des règles de la déontologie. L'observance de ces règles est la base première de la solidarité médicale. Si nous pouvons arriver à la rendre générale dans notre pays nous donnerons au corps médical une force qu'il n'a jamais connue et la profession de médecin sera certainement plus honorée et plus

(1) J'apprends par le Dr Bettremieux qu'un Syndical Médical vient de se créer, il y a huit jours à Roubaix, et qu'il en existe un autre à Fives-Lille.

rétribuée que par le passé. Nous avons tenu jusqu'à ce jour à enseigner dans nos bulletins les règles de la déontologie médicale; nous continuerons à le faire, et, dans ce bnt, nous publions cette année l'exposé déontologique qui sert de base aux rapports des médecins du Syndicat Médical de Douai.

Si l'état social nouveau qui se prépare crée au corps médical une situation plus difficile, s'il arrive parfois et même trop souvent que le médecin est exploité par certaines sociétés, il faut bien aussi, d'un autre côté, que nous ayons le bons sens de reconnaître qu'une bonne partie des souffrances du corps médical provient des agissements maladroits de certains de ses membres. Ce sont les médecins eux-mêmes, qui bien souvent provoquent l'abaissement du tarif des honoraires, en se faisant sur ce terrain une concurrence coupable.

Il ne faut pas craindre de signaler ce fait regrettable non seulement parmi les médecins besogneux, mais aussi, malheureusement, parmi certains médecins, à qui une situation officielle rémunérée, impose le devoir de contribuer au relèvement de la profession médicale.

Il est vrai, qu'en créant un Syndicat Médical, vous n'obtiendrez pas par le fait la faculté de pouvoir atteindre tous les Confrères qui oublieront leurs devoirs professionnels. Il y aura toujours certainement des desiderata à combler, il y en a en toutes choses. Mais il est certain qu'en signalant certains actes et leurs auteurs à la réprobation du corps médical, ce que pourra toujours faire un Syndicat Médical, vous créerez par le fait un courant d'opinion publique, qui imposera le respect du devoir et des convenances professionnelles à certains Confrères, qui les oublieraient facilement, s'ils n'avaient, à cœur de mériter l'estime de leurs Collègues.

Ainsi donc, Messieurs, votre bureau tout en considérant la création d'un Syndicat Médical comme indispensable n'a pas la prétention de trouver dans cette création une panacée universelle et infaillible. Il pense que le Syndicat créera aux médecins des moyens de s'instruire de leurs devoirs, de leurs droits, et qu'il sera le faisoeau et le lien de leurs efforts, pour l'amélioration progressive et sage de leur situation morale et matérielle. C'est dans cet ordre d'idée qu'il vous propose d'abord de voter la transformation de la Société Médico-Scientifique en Syndicat.

Ce vote une fois acquis, et je pense qu'il l'est moralement, il s'agira de mettre à l'étude un deuxième problème, à savoir :

Faut-il créer un Syndicat d'arrondissement ou faut-il faire un Syndicat départemental ou régional ?

Votre bureau estime qu'en raison même de la composition, de l'origine, de la Société Médico-Scientifique, il y a lieu d'écarter toute idée de Syndicat d'arrondissement et qu'il faut penser à créer un Syndicat départemental et régional avec affiliation à l'union des Syndicats de France.

Je ne connaissais dans le Nord de la France que des syndicats d'arrondissements, tels que ceux de Douai, Valenciennes, Cambrai, et celui d'Avesnes qui est en formation.

Des recherches faites dans l'excellent journal *Le Concours Médical* me prouvèrent que la question de création de Syndicats départementaux était à l'ordre du jour dans certains départements et, mieux que cela, que cette création était réalisée dans plusieurs départements. Et, en effet, je trouvais dans le n° du 20 Mai 1893 du *Concours Médical* un rapport du docteur Sicart, secrétaire de l'Association d'Albi et de Gailiac, dans le Tarn, que je vous demande la permission de vous lire ; il semble avoir été fait exprès pour nous aider à trancher la question qui nous intéresse (1).

En outre, je trouve dans *Le Concours Médical* du 1er Juillet 1893, page 310, une note sur le Syndicat Médical du Cher, région Nord, qui se prononce pour l'organisation d'un Syndicat départemental, en donnant ses préférences à l'organisation qui fonctionne depuis onze années dans le département du Loiret à la satisfaction de tous.

Heureux de cette trouvaille qui servait si bien les recherches que j'étais chargé de faire pour notre Société, j'écrivis immédiatement au Président du Syndicat départemental du Loiret et j'ai reçu quelques jours après des renseignements complets sur l'organisation de ce Syndicat, organisation, qui répond admirablement bien à la situation dans laquelle nous nous trouvons.

Voici ces renseignements, que je dois à l'obligeance du Secrétaire Général de ce Syndicat, M. le Dr Gassot. Permettez-moi donc de vous lire son excellente lettre que j'ai reçue il y a huit jours.

. . . .

J'ai immédiatement adressé mes remerciements à l'obligeant et distingué Secrétaire Général du Loiret, et je crois être l'interprète de tous les membres de notre Association en lui renouvelant dans ce rapport l'expression de notre gratitude.

Avec le concours du Dr Poiteau, notre dévoué Président, j'ai approprié les statuts du Syndicat du département du Loiret à l'organisation d'un Syndicat départemental du Pas-de-Calais et du Nord. Sauf de très légères modifications sans importance bien grande, les statuts que nous allons soumettre à votre approbation, sont, pour ainsi dire, la lettre et le fond des statuts du Syndicat départemental du Loiret. Ces statuts ont fait leur expérience. Ils pourront être modifiés dans l'avenir ; mais tels qu'ils sont, ils peuvent permettre de bâtir sur leurs bases une Société solide et prospère.

Ces statuts vont être discutés : s'ils sont adoptés, les membres présents donneront leur adhésion écrite. Puis après l'adhésion aux statuts, il y aura lieu, pour les membres adhérents, de nommer leur bureau : Président, Vice-Président, Secrétaire Général et Trésorier ; et enfin de procéder à la nomination de Syndics. Les autres Syndics seront nommés par les cercles d'arrondissement qui se formeront et qui enverront chacun un ou deux membres au Conseil général syndical.

Une fois le Syndicat Médical du Pas-de-Calais et du Nord constitué, le Président du Syndicat et le Secrétaire Général seront chargés de prendre toutes les mesures conformes à la loi du 21 mars 1884, sous peine d'une amende de 16 à 200 francs, en cas d'infraction, ainsi que nous venons de le voir.

D'un autre côté, le Secrétaire Général sera chargé d'envoyer le Bulletin de la présente réunion à tous les Médecins du Pas-de-Calais en leur adressant un bulletin d'adhésion aux statuts du Syndicat.

Les adhérents des arrondissements de Boulogne, Saint-Omer, Calais et autres, seront chargés d'organiser leurs cercles respectifs et chacun de ces cercles déléguera un ou deux membres pour compléter le Conseil général syndical du Pas-de-Calais et du Nord.

D'un autre côté, il doit être bien entendu si l'Assemblée de ce jour marche dans cette voie, que les fonds disponibles, appartenant à la Société Médico-Scientifique, feront immédiatement partie de la caisse syndicale et qu'ils serviront à payer les frais de propagande. A ce sujet, un vote spécial sera demandé *en dernier lieu* à l'Assemblée de ce jour. Ce vote constatera le temps, la transformation de la Société Médico-Scientifique en Syndicat Médical du Pas-de-Calais.

Enfin, Messieurs et chers Collègues, une fois le Syndicat constitué par la réalisation des votes énoncés ci-dessus, je vous proposerai comme première manifestation du Syndicat Médical du Pas-de-Calais de nommer comme présidents d'honneur : notre dévoué Président honoraire M. Magniez et le vénéré Président de l'Association de Secours Mutuels des Médecins du Pas-de-Calais, M. Trannoy,

(1) Voir le n° du 20 Mai 1893.

Je n'ai pas besoin de vous faire l'éloge de ces deux vétérans de la profession médicale en acclamant et en réunissant leurs noms. Vous indiquez à tous l'esprit qui vous anime : L'esprit d'union confraternelle joint au respect pour les carrières médicales honorablement remplies.

La lecture de ce rapport est suivie d'applaudissements et de signes d'approbation non équivoques.

Le Président demande à l'Assemblée si, conformément aux conclusions du rapport du Dr Dransart, elle approuve la création d'un Syndicat dit Syndicat du Pas-de-Calais et du Nord de la France.

A l'unanimité, moins une voix qui s'est ralliée à la fin du banquet, l'Assemblée approuve la création du Syndicat précité.

Ce vote constaté, le Président donne lecture des différents articles des statuts qui sont approuvés en général, sauf de très légères modifications.

L'article relatif à l'administration de la Société, au nombre de Syndics et en particulier à la constitution du Bureau, est l'objet d'une discussion assez longue, et, en fin de compte, sur la proposition du Dr Poiteau, l'Assemblée se prononce pour la création d'un Bureau analogue à celui qui régit le Syndicat de l'arrondissement de Douai.

Les statuts étant définitivement arrêtés, tous les membres présents signent leur adhésion aux statuts du Syndicat Médical du Pas-de-Calais et du Nord, et s'engagent à payer une cotisation annuelle de *Quinze Francs*.

L'Assemblée prend ensuite une délibération par laquelle elle destine à la Caisse du Syndicat les fonds de la Société Médico-Scientifique qui resteront disponibles après le paiement du banquet et des imprimés, puis, sur la proposition du Dr Poiteau, elle procède à la nomination du Bureau et des trois Syndics, conformément au texte des statuts approuvés.

1° *Bureau.*

Président : M. le Dr Anatole Poiteau, de Bienvillers.

Vice-Président : M. Delepouve, de Heuchin.

Secrétaire-général : M. le Dr Dransart, de Somain ;

Trésorier : M. François, de Marœuil ;

2° *Syndics.*

MM. Ballue, d'Arras ; Delattre, de Bully-Grenay ; Debay, de Robecq.

Les Médecins des arrondissements de Béthune et d'Arras sont invités à constituer leurs cercles respectifs aussitôt la réception du Compte-Rendu et des formules d'adhésion aux statuts du Syndicat.

Le Secrétaire général,
Dr DRANSART.

REPORTAGE MÉDICAL

Le Bureau de l'*Association de la presse médicale française* se préoccupe de la réception qu'elle désire faire aux médecins de l'Escadre russe. Tout est subordonné à l'autorisation de l'amiral Avellan et au temps dont les médecins russes pourront disposer à Paris, s'ils sont autorisés à y venir.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le très vif regret d'apprendre à nos lecteurs le décès d'un de nos anciens collaborateurs, le Dr Ordonneau, de Mouilleron-en-Pareds (Vendée). Ils n'ont pas oublié que notre confrère fut au nombre de ceux qui se consacrèrent, avec le plus d'ardeur, à l'étude de la *Caisse des pensions de retraite*, fondée par le Concours médical. La brillante intelligence d'Ordonneau, son enthousiasme pour le bien de la profession, lui avaient concilié l'affection de tous ceux qui l'ont connu. Une longue maladie l'a emporté, dans un âge peu avancé. Nous adressons nos sincères compliments de condoléance à tous les membres de sa famille. M. le Dr Mignen, un des présidents de l'Union, a prononcé, sur sa tombe, les paroles du dernier adieu.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Hygiène et traitement du diabète. — Sous ce titre, la *Société d'Editions scientifiques de Paris* a fait paraître la 3me édition d'un ouvrage de notre savant confrère le docteur E. Monin.

L'espace me manque pour m'étendre, comme je le voudrais, sur la valeur réelle de cet ouvrage dont je recommande la lecture attentive à ceux de mes confrères qui ne le possèdent pas encore. Nous devons saluer, avec bonheur, les bons et sains travaux qui paraissent de temps à autre sur l'une ou l'autre branche des sciences médicales, ils nous reposent des luttes que nous avons à soutenir contre les erreurs modernes qui ont malheureusement, comme toutes les erreurs, leurs aveugles défenseurs ou leurs bas courtisans.

Dr H. RICHALD.
(Du *Journal de médecine de Bruxelles*.)

Net franco 2 fr. 40 *contre un mandat.*

Introduction à l'étude des lois générales de l'hypodermie (physiologie et thérapeutique), par J. CHÉRON, médecin de Saint-Lazare, docteur ès sciences, officier de la Légion d'Honneur. Paris, 1893. In-8° de 555 pages, avec 21 figures dans le texte. Broché : **10** fr. Reliure souple : **12** fr. (Tête dorée, cuir souple.) Net 8 fr. ou 9 fr. 60 relié pour MM. les membres du Concours médical.

« Toutes les injections hypodermiques produisent des effets identiques, quel que soit le liquide introduit sous la peau, à la condition que ce liquide ne soit pas toxique. La différence ne porte que sur l'intensité plus ou moins grande du phénomène produit. »

Telle est l'épigraphe de ce livre de 555 pages qui remet au point la question de l'hypodermie si étrangement interprétée dans ces derniers temps, au point de vue physiologique, depuis la publication de la méthode de M. Brown-Séquard.

Signalons, dans la première partie, une étude très détaillée de la tension artérielle et surtout de l'hypotension ; l'auteur voit dans les maladies à hypotension l'indication primordiale des transfusions hypodermiques dont le principal effet est de relever la pression sanguine. Etude très originale.

Dans la seconde partie, l'auteur expose la valeur thérapeutique des transfusions hypodermiques dans les maladies à hypotension (altération du sang, neurasthénie, tuberculose, etc., maladies par ralentissement de la nutrition, enfin inflammations et suppurations pelviennes).

(*Tribune Médicale*).

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année N° 41 14 Octobre 1893

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Les tractions rhythmées de la langue dans l'asphyxie.

Nous avons reproduit, dans le n° du 12 août du *Concours Médical* la communication de M. *Laborde* sur l'importance des tractions rhythmées de la langue dans la cure de l'asphyxie. Depuis, un certain nombre de nos confrères, entr'autres, M. le Dr *Vigneau*, de Salies-de-Béarn, ont eu l'occasion d'appliquer cette méthode et de vérifier par expérience la supériorité et la rapidité de ses résultats. Qu'on nous permette de relater l'observation de M. Vigneau communiquée par M. Laborde à l'Académie de Médecine :

« Le 17 du mois dernier, une jeune femme est prise d'attaques d'éclampsie vers les sept heures du soir. On court chez tous les médecins de la station : j'arrive le premier.

Il s'agit d'une primipare de dix-neuf ans, mariée depuis neuf mois, accouchée normalement depuis une demi-heure. Chloro-anémique depuis l'âge de seize à dix-sept ans, œdème considérable des membres inférieurs depuis plusieurs mois, sans que son état eût attiré l'attention d'une vieille sage-femme pour lui faire suivre un régime spécial.

Les attaques d'éclampsie se succèdent avec une intensité et une rapidité effrayantes ; la malade est maintenue avec peine sur son lit ; j'ordonne une saignée, pas de lancette ; pendant qu'on court en chercher une et une potion au chloral et au bromure, les attaques ne discontinuent pas.

Je pratique une forte saignée : deux assiettes à soupe...

Trois confrères, les docteurs Dupourqué, Petit et Duforq, arrivent successivement ; encore quelques attaques, puis la malade ne bouge plus, son pouls cesse d'être perceptible. La mort est apparente.

Je fais deux injections d'éther sans résultat efficace.

Les cris, les hurlements des nombreux assistants, le départ du prêtre, de confrères qui viennent d'ausculter le cœur... tout confirme la mort.

Au milieu de l'égarement général, je demande une aiguille et un fort fil (je n'avais pas de pinces) et suis assez heureux pour pouvoir saisir la langue entre les dents contractées sur un bouchon que j'avais, à mon arrivée, introduit entre les maxillaires.

On m'a abandonné le cadavre, et seul, penché sur le corps, tandis que je pratique les tractions rhythmées en tenant entre mes dents le fil passé à sa langue, je fais avec les mains et les avant-bras des pressions thoraco-abdominales énergiques. Après une quinzaine de minutes, je crois reconnaître une inspiration ; le pouls n'est pas revenu, à peine un léger susurrus au cœur ; je reprends les tractions... et finalement, dix minutes après, la respiration et la circulation sont rétablies.

Je ne dirai que deux mots de ce qui a suivi : Potion bromochloralée, lavements *idem*, glace sur la tête, diurétiques, lait.

Le lendemain la cécité disparaissait ; actuellement la malade est guérie.

Il y a quelques jours, un des confrères qui m'avait assisté au début me disait : « Vous avez eu un beau succès, grâce au procédé Laborde », et comme c'est tout à fait mon avis, je suis heureux de le reporter à son auteur en le lui signalant. »

L'idée ingénieuse d'opérer les tractions de la langue à l'aide d'un fil passé dans celle-ci et tenu entre les dents, de façon à permettre en même temps l'usage des mains pour pratiquer simultanément les pressions thoraciques de res-

piration artificielle, peut, au besoin, favoriser la réussite du procédé, et elle mérite d'être retenue, surtout pour les cas où l'opérateur est seul et sans aide : notre confrère a su en tirer, comme on vient de le voir, un excellent parti.

L'emploi de la glace dans l'alimentation.

Sur le rapport de M. *Riche*, le conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, considérant que les recherches exécutées dans les divers pays ont démontré les dangers qui résultent de l'emploi de la glace impure dans l'alimentation ;

Attendu qu'il importe, dans l'intérêt de la santé publique, de ne permettre la vente et l'emploi, — pour les usages alimentaires, — que de glace pure, c'est-à-dire donnant, par fusion, de l'eau potable.

Emet le vœu :

Qu'une réglementation, établie sur les bases ci-après, soit appliquée au commerce de la glace :

1° Interdire à tous marchands, fabricants, dépositaires ou débitants au détail quelconques de vendre ou mettre en vente, — pour les usages *alimentaires*, — de la glace qui ne serait pas fabriquée avec de l'eau des sources qui fournissent l'eau d'alimentation à Paris : la glace doit donner, par fusion, de l'eau potable.

2° Imposer aux fabricants et dépositaires de glace industrielle et de glace alimentaire l'obligation de loger leurs produits dans deux locaux entièrement séparés.

L'un de ces locaux sera réservé à l'emmagasinage de la glace *non pure* exclusivement destinée aux usages industriels.

L'autre sera affecté à la conservation de la glace *pure* (c'est-à-dire donnant par fusion de l'eau potable) destinée uniquement aux usages alimentaires.

Sur la porte de chacun de ces locaux sera placée une inscription distincte, ainsi conçue : *Glace alimentaire* (avec étiquette sur fond blanc) — ou *Glace non alimentaire* (avec étiquette sur fond rouge) — suivant la nature de la glace renfermée dans chacun d'eux.

3° Les véhicules employés au transport de la glace porteront les inscriptions sus-indiquées, selon qu'ils seront affectés au transport de la glace *alimentaire* ou de la glace *non alimentaire*.

Dans aucun cas, ces véhicules ne pourront être employés au transport d'une catégorie de glace autre que celle désignée par l'inscription, dont ils auront été revêtus.

4° Les débitants au détail seront également tenus d'avoir deux cases ou réservoirs étanches, sans communication entre eux, affectés : l'un à la glace *alimentaire*, — l'autre à la glace *non alimentaire* ; l'un et l'autre porteront les inscriptions distinctes ci-dessus prescrites.

Les débitants au détail, qui ne pourraient avoir les deux réservoirs sus-indiqués, ne devront vendre que de la glace *alimentaire*.

Des secours à donner aux asphyxiés.

M. le Dr *Mareschal*, médecin-major mettant à profit le nouveau procédé du Dr Laborde, sur l'importance duquel nous ne saurions trop insister, a rédigé la note suivante à l'usage des deux régiments de pontonniers, note qui renferme des détails très précis, applicables à un certain nombre de cas différents, comme aussi à ceux de mort apparente due aux gaz délétères, de même qu'à la fumée d'incendie, au chloroforme, à la strangulation, à la pendaison, à la

FEUILLETON

Les médecins et les femmes.

Confrères, mes amis, garde à nous !

Le vieux corps médical est sapé de tous côtés. C'était naguère la cohue furieuse et haletante des rebouteurs, masseurs, électriciens, médiums, somnambules, réclamant le libre exercice de la médecine pour tout le monde, sans en exclure, d'ailleurs, les médecins.

Dans le corps médical lui-même, rappelons que des professeurs éminents, (on est toujours éminent quand on est professeur), ne peuvent se persuader que les médecins leur préfèrent de jeunes chirurgiens parce qu'ils ont plus de confiance en ceux-ci : c'est uniquement, déclarent-ils, à la balance de la *dichotomie*, et non à celle du mérite que sont pesés les chirurgiens. Et le professeur Le Fort n'a pas craint de déconsidérer le corps médical français en généralisant cette opinion, peut-être applicable à quelques-uns, dans une interview qu'a publiée naguère le *New-York Herald*.

Enfin, voici qu'un Monsieur Ledrain, philologue, professeur à la Sorbonne, et journaliste à ses moments perdus, vient de nous lancer, du haut des colonnes de l'*Eclair*, un pavé dont le résultat serait terrible pour nous, s'il atteignait son but. Voici l'aventure.

Monsieur Ledrain, arrivé à un âge assez avancé, sans avoir goûté les joies du mariage, était resté ignorant comme l'enfant qui vient de naître. Mais un de ces derniers soirs, dans un tête-à-tête avec une vieille amie, il s'est fait enlever le bandeau qui couvrait ses yeux; et ce qu'il a vu, néophyte plein d'ardeur, il le raconte tout au long dans un article intitulé : « *Femmes et médecins*. »

Il n'y va pas par quatre chemins, et déclare tout net : 1° que les médecins prennent les femmes de leurs clients ; 2° que, pour arriver à ce but, et même simplement par intérêt, ils sont artistes dans l'art de faire durer des années un petit bobo, qui devrait se guérir en vingt-quatre heures ; et 3° que les rendez-vous nécessaires se nomment visites et consultations, et sont payés en conséquence par le mari.

Notez que je n'exagère rien. Voici, en effet, ce qu'affirme Monsieur Ledrain. « Une femme qui dit : « *mon médecin*, est une femme qui a fait son mari, « vous savez bien quoi ? qui le fait ou qui le fera ». Et l'article se termine ainsi : « Pauvres maris ! « votre ennemi dangereux, ce n'est ni le voi« sin, ni même le cousin, ni l'officier galonné à la « moustache en croc, c'est, croyez-moi, le thérapeu« te, lequel si souvent n'a d'autre souci que d'aug« menter votre front et d'amoindrir votre bourse. »

Peste ! Don Juan n'était qu'un petit compagnon à côté de nous. Que dis-je ! à peine un pygmée ! Car, enfin, il avait tout pour réussir : c'était un homme d'épée, il était beau, et il promettait le mariage ; il était donc tout naturel que les femmes n'eussent rien à lui refuser. Tandis que nous, nous ne manions ostensiblement que le bistouri ou la lancette ; sans fausse honte, avouons que les Adonis ne sont pas fréquents dans le corps médical ; et enfin, il nous est, la plupart du temps, tout à fait impossible de promettre le mariage. Cependant, d'après Monsieur Ledrain, qui prétend posséder de nombreux documents, nous n'en séduisons pas moins nos clientes, toutes nos clientes. Car, sachez que

fulguration, à l'électrocution, à la syncope, à l'asphyxie des nouveau-nés, etc.

Enfin, les cas de submersion et de strangulation des animaux, notamment des chevaux, n'étant pas très rares, le procédé de la langue sera aussi très utilement employé dans ces circonstances.

Cette instruction est ainsi rédigée :

« Aussitôt que le noyé sera retiré de l'eau :

« I. — Après avoir étendu le corps sur le dos en laissant la tête basse, dégagé le cou en enlevant ou coupant le col et la cravate, écarté les mâchoires et fait maintenir cet écartement par un aide (n° 2) ; enfin, débarrassé rapidement la gorge des mucosités qui peuvent l'obstruer, *on pratiquera immédiatement le procédé de la langue* » de la façon suivante :

« L'opérateur (n° 1), saisissant solidement le corps de la langue entre le pouce et l'index, avec un mouchoir ou un linge quelconque et même au besoin, avec les doigts nus, exerce sur elle, quinze fois par minute, de fortes tractions rythmées, suivies de relâchement.

« Il est indispensable qu'il se rende bien compte que ces tractions agissent sur la racine même de la langue et non pas seulement sur la pointe.

« Tout à fait au début, et seulement pendant les deux ou trois premières tractions, il sera utile d'introduire l'index de l'autre main dans l'arrière-gorge, de façon à provoquer le vomissement.

« En même temps, deux aides (nos 3 et 4) pratiquent la « *respiration artificielle* », en opérant simultanément des pressions rythmées et énergiques, l'un (n° 3) sur les deux côtés de la poitrine, concentrique ; l'autre (n° 4) sur le ventre, de bas en haut. Ces pressions sont faites quinze fois par minute, et suivies, chaque fois, d'un relâchement brusque et simultané.

« L'opérateur qui agit sur la langue prononce le commandement : *une*, au moment où il opère la traction, et le commandement ; *deux*, lorsqu'il fait rentrer la langue dans la bouche. Les pressions sur la poitrine et le ventre doivent coïncider avec le commandement : *deux*, et leur cessation, avec le commandement : *une*.

« Ces soins immédiats doivent être appliqués durant au moins *quinze minutes* pendant lesquelles on fait, dans la limite des moyens dont on dispose, frictionner et réchauffer le patient.

« Il faut ensuite :

« II.— Transporter rapidement le noyé au poste de secours ou dans un abri proche et bien aéré ; le déshabiller, l'essuyer, l'envelopper avec un peignoir de flanelle et le coucher sur un lit en laissant la tête basse. Si le retour de la respiration ne s'est pas produit, on emploie alors le procédé suivant dit : Procédé de « Sylvester » pour la respiration artificielle.

« Après avoir fait saillir la poitrine en passant sous les reins des vêtements roulés ou un coussin, les mâchoires étant écartées et la langue maintenue, autant que possible, hors de la bouche par un aide placé à califourchon au niveau du ventre du patient, l'opérateur agenouillé, à la tête du noyé, fait ployer les avant-bras, saisit les coudes et les appuie fortement sur les parois de la poitrine (1er temps) ; les en écarte horizontalement, de façon que chacun d'eux forme un angle droit avec le corps (2e temps ; les enlève verticalement en avant de la tête (3e temps) ; puis les rabat directement sur la poitrine (1er temps). La même manœuvre est répétée quinze fois par minute, pendant dix minutes.

---

s'il s'agissait seulement d'un abus de confiance par ci, par là, Monsieur Ledrain n'eût pas, nouveau Pierre l'Ermite, escaladé la tribune du journal pour prêcher aux maris la guerre sainte contre les médecins. Ce n'est donc pas seulement des Don Juans que nous sommes, c'est aussi des Hercules. Vraiment, je suis tenté de remercier l'honorable Monsieur Ledrain d'avoir étalé au grand jour tout notre mérite ! Je ne croyais pas, je l'avoue, le corps médical aussi bien et aussi solidement constitué. Tudieu ! quels gaillards nous sommes ! Hercules et Don Juans ! tu n'avais pas deviné celle-là, Molière !

Est-ce là seulement que se borne notre mérite ? Oh que non ! Nous sommes bien plus forts que ça, toujours d'après le documenté Monsieur Ledrain. Hercule et Don Juan, ça n'est pas mal ! mais que diriez-vous en outre d'Alphonse ? Oui, le monsieur en casquette à ponts ! Eh bien ! mes bons amis, ça y est encore. D'ailleurs, c'est si simple. Les maris ne se doutent de rien, pauvres maris ! Et, vienne la note d'honoraires, ils payent sans sourciller. Et c'est ainsi qu'en plus du plaisir de les faire *ce que vous savez*, suivant l'expression du pudibond Monsieur Ledrain, nous avons celui de vider leur bourse et d'emplir notre caisse. Bien mieux ! c'est uniquement à cause du premier plaisir que nous avons le second. C'est donc ce que je disais : don Juans, Hercules, Alphonses ! Quelle auréole, mes chers confrères !

Après cela, vous serez peut-être curieux de savoir comment nous nous y prenons pour obtenir ce résultat vraiment digne de l'admiration du monde civilisé. Rien n'y manque ; Monsieur Ledrain a débiné le truc : il est capable de tout, le brave homme. C'est encore très simple, comme toujours : un théorème de géométrie, et rien de plus. Etant donné, d'un côté, que le confessionnal est un endroit dangereux pour les femmes ; d'un autre côté, le cabinet du médecin étant un confessionnal, comme le prouve l'axiome: « Le médecin est un confesseur » donc il est très dangereux pour une femme d'aller dans le cabinet d'un médecin.

L'analogie entre le confesseur et le médecin est tout à fait complète, d'après notre honorable accusateur, sauf que, le prêtre s'occupant du salut de l'âme seule, s'empare de l'âme, tandis que le médecin, ayant en vue la santé du corps, doit faire pour le corps ce que fait le prêtre pour l'âme. Le prêtre s'enquiert des blessures spirituelles : le médecin met le doigt sur les maux corporels. Le prêtre menace des flammes éternelles, si la pécheresse ne l'écoute pas : le médecin fait entrevoir toutes sortes de maladies, si l'on ne suit pas ses conseils, et si l'on ne revient pas le voir. Et ainsi de suite.

Et que de détails sur la façon d'opérer ! Laissez-moi vous faire déguster le tableau de la consultation. Quelle observation ! quelle vérité !

« La femme a la fureur du médecin. A la moindre « migraine, à la moindre digestion troublée, à la « plus légère perturbation dans l'œuvre de nature, « la voilà qui court vers le cabinet de consultation. « Le dieu de l'endroit la reçoit avec un air grave ; il « sait habilement rembrunir son visage, mettre de « l'inquiétude dans son regard........

« Donc il simule la surprise, déclare qu'il est « grand temps d'enrayer le mal, *nommé en grec, ou* « *en anglais ou en allemand* un certain nombre des « dangers que court la cliente, épouvantée par tant « de maux inconnus dont elle est menacée. »

Ne vous semble-t-il pas, mes chers confrères, en-

« III. — Ensuite on emploiera de nouveau pendant quinze minutes, le « Procédé de la langue » combiné avec celui de la « Respiration artificielle » ainsi qu'il est dit au paragraphe 1. On alternera ainsi les deux méthodes pendant une heure au moins.

« IV. — Simultanément, il est utile que d'autres aides soient occupés à rappeler la circulation et la chaleur par les moyens suivants :

« Frictions sur tout le corps, la plante des pieds, la paume des mains avec des gants de crin, des frottoirs de laine, des linges chauds, etc ; massage et pétrissage des membres ; flagellations avec des paquets d'orties, bassinoire ou cruchons remplis d'eau chaude promenés sur tout le corps, fer à repasser, briques ou cailloux chauffés, en prenant la précaution de ne pas produire de brûlures. Si le noyé fait des efforts pour respirer, passez rapidement sous le nez ou devant la bouche, une petite éponge ou un petit linge imbibé d'ammoniaque ; s'il a des envies de vomir, introduire le doigt au fond de la gorge. Il ne faut pas lui donner à boire avant qu'il ait repris ses sens, mais on peut, en vue de le ranimer, introduire dans la bouche quelques gouttes d'eau-de-vie, de vinaigre, d'alcool camphré, etc.

« On se rappellera qu'il faut toujours secourir un noyé et insister longtemps. Si la submersion a duré cinq minutes, on réussit presque toujours ; on a sauvé des noyés après plus d'une demi-heure de submersion. »

Le rhythme respiratoire chez les enfants.

M. le Dr *Porte*, de Lyon, a, dans une intéressante thèse, étudié très soigneusement le rhythme respiratoire chez l'enfant et ses modifications dans diverses maladies.

A l'état normal on trouve, de 2 à 5 ans, de 24 à 32 respirations par minute. De 5 à 10 ans les respirations tombent à un chiffre plus bas, de 22 à 30. Enfin de 10 à 15 ans on ne constate plus que 18 à 26 respirations. (Les recherches n'ont porté que sur des enfants du sexe féminin.)

La respiration atteint une telle fréquence, parce que l'enfant supplée de la sorte à la faiblesse relative de ses efforts (West). De plus les deux temps de la respiration tendent à devenir égaux.

Le rhythme respiratoire peut être *accéléré* dans un assez grand nombre de circonstances pathologiques. C'est surtout dans la pneumonie que l'on observe de fortes accélérations. Pour la broncho-pneumonie c'est à peu près la même chose, mais les signes objectifs sont plus marqués (cyanose, battements des ailes du nez). L'accélération se rencontre encore dans la dyspnée nerveuse, la tachypnée hystérique. Dans la coqueluche, même avant la période des quintes, les respirations augmentent beaucoup de fréquence.

Dans un second groupe de maladies, la respiration est *ralentie*. L'enfant atteint de méningite tuberculeuse, avant d'avoir des irrégularisés de la respiration, présente déjà un ralentissement considérable. Certaines formes comateuses et adynamiques de la dothiénentérie peuvent s'accompagner des mêmes phénomènes. Dans le sclérème des nouveau-nés le pouls et la respiration se ralentissent en même temps que la température s'abaisse.

D'autres fois, enfin, ce sont les *irrégularités* du rhythme respiratoire qui prédominent. Dans la coqueluche les modifications de la respiration sont bien connues. Quelquefois, au lieu de la reprise caractéristique avec sifflement laryngien,

---

tendre le *Docteur Purgon* du *Malade Imaginaire* menacer son client de le faire tomber de la bradypepsie dans la dyspepsie, de la dyspepsie dans l'apepsie, de l'apepsie dans la lientérie? Et est-ce nous qui sommes ridicules à ce point, et ridicules aussi les femmes, les Parisiennes, assez sottes pour se laisser prendre à ce jargon ? Ou bien le seul personnage ridicule dans cette affaire ne serait-il pas cet excellent Monsieur Ledrain, auquel une malicieuse Parisienne a joué le bon tour de berner sa fatuité naïve, en lui faisant prendre des vessies pour des lanternes.

Tout semble l'indiquer : l'invraisemblance des sentiments des malades, et de la situation du médecin à leur égard, le peu de connaissance des moyens que possède le médecin pour s'attacher ses clients et ses clientes, la comparaison forcée du confesseur et du médecin, la gaucherie des descriptions où l'imagination remplace l'observation, tout dans cet article montre qu'il s'agit là d'un devoir de rhétorique fait par un élève, qui sait écrire, mais qui ignore le sujet.

Il n'y a pas jusqu'au ton avec lequel Monsieur Ledrain parle des maris trompés qui ne soit discordant. Ce n'est pas la sainte indignation d'un martyr, mais bien plutôt l'ironie aigre-douce d'un vieux célibataire qui a laissé fuir le temps des amours, sans en profiter, et qui en garde rancune, aux maris qu'il n'a pu tromper, et à ceux qu'il suppose avoir été plus heureux que lui. Il se complaît à répéter aux maris qu'ils sont trompés ; et ce n'est que sous la figure goguenarde des cornes sur le front, qu'il leur représente leur infortune.

En résumé, l'étude de l'article en question prouve que son auteur ignore ou dénature à plaisir, autant le caractère du médecin que celui de la femme. De cette lecture, il ne reste en nous que le sentiment de douce gaîté que fait éprouver parfois la lecture d'un roman insipide, mais involontairement relevé par des bourdes phénoménales. Il est crevant, rien de plus !

A quoi bon relever l'invraisemblance fantastique de ce rôle inouï du médecin faisant ses maîtresses de ses clientes, et réussissant à rester en bons termes avec toutes, sans compter sa propre femme, réussissant à éviter des soupçons, des jalousies, et des scandales entre toutes ces rivales, qui s'ignoreraient éternellement ! Est-ce que ce rôle n'est pas au-dessus des forces d'un homme, si puissamment trempé soit-il, à plus forte raison d'un médecin qui se dépense sans cesse dans l'âpre lutte quotidienne pour la vie ?

Je ne veux pas dire qu'il n'arrive pas parfois quelqu'aventure entre un médecin et une cliente, mais c'est l'exception et c'est plutôt l'homme que le médecin qui est en cause. Encore faut-il bien spécifier que dans la grande majorité des cas, ce n'est pas la cliente, la seule des trois à qui vous réserviez en réalité votre compassion, sensible Monsieur Ledrain, ce n'est pas la cliente qui est la victime, mais bien le médecin. Oui, victime de coquettes qui cherchent un amusement, de demi-mondaines qui désireraient bien ne pas régler leur note d'honoraires, de névropathes, ennuyées et ennuyeuses ! Et si le médecin sait généralement conserver son sang-froid, et éviter les tentations, c'est qu'il n'est pas un novice, c'est aussi qu'il n'est pas seulement un matérialiste, comme vous le dites et qu'il juge l'humanité en philosophe, qui l'a soupesée, c'est enfin que toute chute l'éloignerait de son but qui est de

il y a une période d'apnée. Il faut craindre dans ce cas des convulsions généralisées et une mort rapide. Le spasme de la glotte amène une suspension de la respiration pendant dix à vingt secondes, puis il se produit une série d'inspirations sonores. Les caractères de la respiration dans le croup et la laryngite striduleuse sont trop classiques, le docteur Porte ne s'y arrête point. Dans la broncho-pneumonie, la dyspnée, surtout inspiratrice, s'accompagne parfois de tirage sus-sternal et même épigastrique, et peut simuler le croup. L'asthme nerveux ou symptomatique, l'adénopathie trachéo-bronchique donnent lieu aussi à des troubles du rhythme respiratoire.

Mais c'est surtout dans la méningite tuberculeuse que les irrégularités ont une importance considérable. Quand elles se produisent, le dénouement est proche. C'est dans les cinq derniers jours que la respiration, d'abord ralentie au début, devient irrégulière. Souvent il se produit de véritables pauses respiratoires, mais jamais on n'a constaté le rhythme de Cheyne-Stokes.

L'auteur étudie de plus le *rapport de la respiration au pouls*.

A l'état normal ce rapport oscille chez l'enfant entre 3,5 et 4. A 25 respirations, par exemple, correspond un nombre de pulsations 3 fois et 1/2 plus grand (88), ou 4 fois plus grand (150). Il n'est pas possible, bien entendu, d'appliquer à ces recherches la rigueur d'un calcul mathématique ; mais malgré cela on peut en tirer des renseignements fort utiles.

Dans la bronchite le rapport est normal, de même dans la congestion pulmonaire.

La pleurésie (10 cas observés) amène un abaissement léger de ce rapport, qui varie entre 3 et 3,5.

Mais, c'est dans la pneumonie qu'il importe d'étudier l'état du pouls et de la respiration et de les comparer. Lépine, Jurgensen, Perret, se sont déjà inquiétés de cette question et ont montré que la respiration s'accélère bien plus que le pouls et que le rapport normal est fortement modifié. Le docteur Porte a étudié avec soin 30 cas de pneumonie, et il a trouvé le chiffre le plus bas qu'il ait eu dans ses recherches : 2 et 2,5 en moyenne. Cet abaissement est quelque chose de capital. Plusieurs fois il a permis d'écarter un diagnostic de fièvre typhoïde et de méningite portés au dehors. C'est un signe important pour le diagnostic de la pneumonie infantile, rendu si difficile par l'absence de renseignements, de crachats rouillés, etc. Cet abaissement du rapport normal serait même utile pour le pronostic. Quand il est peu marqué dans une pneumonie, c'est qu'il s'agit d'une forme bâtarde, toujours plus grave que la forme franche.

La broncho-pneumonie avec sa dyspnée violente s'accompagne d'une accélération du pouls bien plus marquée que dans la pneumonie. Le rapport de la respiration au pouls sera donc plus élevé que tout à l'heure ; il est près de 3.

Dans la fièvre typhoïde le rapport normal n'est presque pas changé, il varie entre 3,5 et 4. Dans les fièvres éruptives on observe le même phénomène.

Ainsi donc, grâce à cette comparaison du pouls et de la respiration, on peut différencier aisément une pneumonie d'avec une autre affection, une fièvre typhoïde, par exemple, et cela avant l'apparition des grands symptômes de ces deux maladies.

(*Lyon médical.*)

---

vivre et de conquérir un peu de bien-être auquel il a droit plus que personne. Vous avez probablement entendu, naïf professeur, quelque personne mûre soupirer un : « Oh ma chère, ce qu'il est entreprenant ce médecin ! » avec au fond du cœur le regret qu'il ne l'ait pas été suffisamment ; et c'est là l'origine de la légende que vous essayez de créer.

Vous êtes jeune d'esprit, Monsieur Ledrain, et mes confrères se sentiront pleins d'une indulgente compassion pour votre roman. Mais il est un passage où vous vous montrez jeune plus qu'il n'est permis, et je ne veux pas le laisser passer sans le souligner. C'est, dites-vous, parce que toutes les femmes souffrent des organes sexuels, parce que le médecin les interroge d'une façon précise, souvent brutale, qu'il veut tout connaître, tout palper, tout voir, c'est à cause de cela, dites-vous, que ses désirs sont éveillés, et que la femme devient rapidement ce qu'il veut qu'elle soit. Ceci, Monsieur, nous permet de vous juger : ce n'est plus seulement le rêve quelconque du rhétoricien qui veut allonger son devoir, c'est évidemment là l'idée du potache de seize ans, qui, tout brûlant des désirs puisés dans les comédies d'Aristophane, les satires d'Horace, les contes de La Fontaine, et autres classiques retroussés, se grise l'imagination avec des rêves de voluptés affinées dans la douleur. Non, Monsieur, l'examen des organes génitaux d'une femme malade ou non, n'enflamme guère le médecin qu'elle vient consulter. Il est des grâces d'état. Nous avons celle de voir sans dégoût toute espèce de maux, et je vous assure que nous les voyons aussi sans aucun désir. Toute souffrance qu'on nous confie, pour laquelle on nous demande du secours, est un problème qui tente aussitôt notre esprit, et pour lequel ce nous est un plaisir de découvrir la solution. Le médecin seul peut dire, et il le dit souvent : « J'ai vu un beau cas ; j'ai fait un beau diagnostic. » Oui, il y a toujours pour le médecin des maladies qui sont superbes, quel que soit le malade. Ecoutez deux médecins causer ensemble : presque toujours la conversation roule sur la médecine et sur les malades, parce que les médecins aiment leur profession. Voilà la vérité que rien ne pourra altérer.

Le médecin, dites-vous, s'occupe avant tout de ses intérêts ; et vous ricanez en l'appelant l'apôtre de l'hygiène. Il l'est, en effet, Monsieur, et c'est là justement ce qui montre que s'il a souci de ses intérêts, cela ne l'empêche nullement de travailler de toutes ses forces pour le bien de l'humanité. Quand il lutte pour la propagation de la vaccine, pour tous les soins de propreté nécessaires à la vie, surtout à la vie des enfants nouveau-nés, pour l'extinction des maladies contagieuses, quand il lutte contre la terrible maladie qu'on nomme la tuberculose, en faisant prendre toutes les mesures hygiéniques capables d'empêcher sa propagation, quand, parlant à l'ouvrier comme au commerçant, il lui montre le danger du cabaret ou du café, songe-t-il qu'il empêchera ces gens d'être malades, et que s'il leur est utile, personne ne viendra l'en récompenser ? Non pas, il le fait, parce qu'il a plus que personne, l'amour de la vérité et la conscience de son devoir. Il sait très bien qu'il ne récoltera la plupart du temps qu'ingratitude ; mais rien ne l'empêchera de recommencer, non rien, pas même les ricanements des Ledrain de tous les temps.

Dr Prudent Hervouet.

CLINIQUE INFANTILE

Diagnostic des principales affections médicales et chirurgicales des enfants par l'examen de leur attitude.

On répète souvent, et avec raison, que la clinique infantile est de la clinique vétérinaire, vu l'insuffisance des renseignements fournis par les enfants malades et l'absence fréquente de sensations subjectives chez ces petits êtres. Généralement l'examen médical provoque des cris ou des pleurs, mais le plus souvent par frayeur plutôt que par douleur réelle.

Cependant, avec de la douceur et une paternelle bonhomie, on arrive à diminuer la crainte et à obtenir un calme relatif. A de rares exceptions près, on parvient à apprivoiser les plus capricieux et les plus gâtés, surtout si l'on procède avec méthode dans l'examen médical, réservant pour la fin les explorations ennuyeuses de la gorge, de l'anus, des yeux, etc.

Dans un grand nombre de maladies d'enfants on peut d'ailleurs faire le diagnostic du mal dont ils sont atteints, simplement en les regardant et pour ainsi dire sans les toucher. Cela a une grande utilité, puisque d'après les présomptions du diagnostic on pourra abréger notablement l'examen général et porter immédiatement son attention sur l'organe atteint. De plus, cette manière de procéder plaira fort à l'entourage, qui louera beaucoup le flair clinique du praticien. Nous allons donc essayer de faire une série de tableaux permettant de reconnaître, à la simple inspection de l'enfant, l'affection médicale ou chirurgicale dont il est atteint.

I

Affections médicales. Diagnostic par l'attitude.

En première ligne, nous placerons, pour ne plus nous en occuper, les *affections cutanées*. Il n'y a pas d'attitude spéciale pour les maladies de la peau, cela est vrai ; mais à l'œil exercé, un simple examen à distance permet de reconnaître la teigne faveuse, la pelade, la tondante, l'eczéma séborrhéique et l'eczéma tuberculeux, l'impétigo, la gale, la pédiculose, le psoriasis, la furonculose, le pityriasis rosé, l'urticaire, l'érysipèle, la varicelle, le pemphigus, le zona, la variole, la scarlatine, la rougeole, etc.

Un mot à part sur la rougeole ; elle en vaut bien la peine, vu sa fréquence et la difficulté de son diagnostic. L'enfant qui est atteint d'un rhume très intense, écoulement muqueux nasal, larmoiement, rougeur des conjonctives, tristesse et abattement, doit être soupçonné de rougeole et surveillé attentivement. L'examen de la gorge lèvera souvent tous les doutes.

Passons aux *affections de la gorge*.

Un enfant qui a les lèvres toujours entr'ouvertes, le nez épaté, le teint pâle, le facies un peu hébété, la respiration bruyante, accompagnée de ronflements et de reniflements, est un malade atteint d'hypertrophie des amygdales et souvent aussi de végétations adénoïdes pharyngiennes.

Un enfant, dont la voix est nasonnée, le cou gonflé et la salivation abondante, est atteint d'angine aiguë. S'il a la face vultueuse et des vésicules aux lèvres, il y a des présomptions pour que l'angine soit herpétique. Si l'enfant ne peut desserrer les dents et tirer sa langue, il a une amygdalite phlegmoneuse simple ou double. Si le cou est très gonflé, dépassant presque le menton, si le teint est pâle, blafard ou livide, l'enfant a une angine diphthérique grave (facies proconsulaire). Bien entendu, nous ne parlons pas de la fièvre, ni des renseignements tirés de l'interrogatoire ; pour le moment, nous essayons de faire le diagnostic sans toucher le malade.

Un enfant, qui a le cou fortement renversé en arrière, la respiration bruyante, la bouche entr'ouverte, les yeux éteints, convulsés, une agitation extrême, cet enfant, dis-je, doit avoir un abcès rétro-pharyngien, si cet état est permanent ; un spasme de la glotte, si cet état ne dure pas.

Les affections des voies respiratoires sont reconnaissables chez l'enfant par certaines attitudes et certains aspects extérieurs.

L'enfant, qui a la face bleuâtre et bouffie, les paupières gonflées, les conjonctives ecchymosées, les lèvres fuligineuses, doit avoir la coqueluche. Une respiration bruyante accompagnée d'accès de toux rauque et de congestion du visage, indique une laryngite. Nous ne referons pas le tableau du croup, qui est entièrement du domaine du diagnostic par l'attitude. L'enfant ayant un tirage continu, tout entier occupé à assurer sa respiration, les régions sus et sous-sternales alternativement déprimées et soulevées par les efforts respiratoires, des accès de toux éteinte, puis des accès de suffocation cyanosant le petit malheureux, l'étouffant, l'étranglant tout à coup, l'obligeant à se dresser sur son séant, enfin l'asphyxie entrecoupée par quelques accès de moins en moins violents, mais de plus en plus graves ; telles sont les grandes lignes de cet affreux tableau, qui est commun au croup et à l'œdème de la glotte.

Les bronchites capillaires, broncho-pneumonies, pneumonies, se lisent sur la face du nouveau-né, mieux encore que sur les traits du jeune enfant. En examinant un enfant, surtout un nouveau-né, regardez bien, pendant son sommeil ou dans un moment de calme, les ailes du nez et l'orifice des narines. Si elles battent à chaque mouvement respiratoire, si elles sont sèches et pulvérulentes, l'enfant a une bronchite grave et peut-être même un ou plusieurs foyers de broncho-pneumonie. Quelquefois, le soulèvement des ailes du nez est plus prononcé d'un côté que de l'autre ; c'est le côté le plus malade. Chez l'enfant plus âgé, on observe le même phénomène et, de plus, une congestion de la joue du côté le plus atteint. Aux deux âges, le teint est blême, les muqueuses cyanosées et les mouvements respiratoires augmentés de fréquence.

Rappelons ici que, chez l'enfant, à l'inverse de l'adulte, la pleurésie ne donne lieu à aucun signe extérieur, à aucune attitude d'élection sur un côté ou sur l'autre pendant le décubitus. Il faut toujours y penser, et toujours la rechercher par la percussion principalement.

La pleurésie purulente donne à l'enfant un aspect commun à toutes les suppurations, où qu'elles se produisent, et encore, pas toujours.

Les phthisiques ont un aspect cachectique non caractéristique et même trompeur. Ce qui est plus important, c'est l'examen de leurs phalangettes, qui sont bleuies et augmentées de vo-

lume (baguettes de tambour) et de leurs ongles, recourbés et bombés (ongles hippocratiques).

Les affections du cœur sont parfois aussi reconnaissables chez les enfants par le seul examen du faciès. Nous ne parlerons pas de la cyanose ou maladie bleue (communication interauriculaire ou interventriculaire) qui se reconnaît à la seule vue de l'enfant, dont les téguments sont bleus et les muqueuses violettes noires comme l'encre.

L'insuffisance aortique peut aussi être diagnostiquée, en présence d'un enfant très pâle, très anémique, ayant des battements temporaux et carotidiens, des alternatives de rougeur et de pâleur des ongles (pouls capillaire) et de fréquentes syncopes.

Les affections du tube digestif ne sont pas très aisées à diagnostiquer par le simple examen de l'attitude. Chez les enfants d'âge moyen, la congestion du visage et le besoin de desserrer les vêtements après les repas, indiquent une dyspepsie, souvent même une dilatation stomacale. Chez les petits enfants, la diarrhée est la principale affection, qui puisse se lire sur le visage : Les yeux sont excavés, enfoncés dans l'orbite, cerclés de bleu ou de noir, les pommettes des joues saillantes, le nez et le menton effilés, amaigris, le teint livide, les cris ou la voix affaiblis ; c'est, en somme, le facies péritonéal et intestinal ; pour faire un diagnostic plus précis, il faut examiner le ventre, rétracté dans la diarrhée, ballonné dans la péritonite et l'étranglement ou l'invagination intestinale.

La fièvre typhoïde donne un aspect égaré, hébété, une accélération des mouvements respiratoires, de la congestion du visage, mais seulement chez l'adolescent. L'enfant n'a pas toujours cet aspect si caractéristique de l'adulte.

Un mot sur les coliques : tout nouveau-né, qui crie et que la tettée ne calme pas, est, d'après le vulgaire, atteint de coliques. Est-ce bien là l'expression de la vérité ? Nous ne le croyons pas. Avant d'accuser les coliques, il faut être sûr qu'aucun autre organe n'est malade. De plus, il faut s'enquérir si l'enfant cesse de crier dès qu'il a émis des gaz ou une selle.

Les affections du système nerveux sont les plus frappantes au point de vue de l'attitude spéciale ; les tics convulsifs, les contractures, les mouvements de la chorée, les convulsions sont diagnostiquables à la simple vue de l'enfant. Les extrémités des doigts ou des orteils devenant successivement et symétriquement noirâtres et froides, on doit penser à la maladie de Raynaud (asphyxie des extrémités). La paralysie faciale, la paralysie du moteur oculaire commun, l'inégalité pupillaire, la raideur de la nuque sont des signes de tumeur cérébrale, protubérantielle ou bulbaire.

La raideur des membres inférieurs, le rapprochement spasmodique et la flexion des deux genoux, le sautillement sur la pointe des pieds, le renversement du tronc en arrière pendant la marche, révèlent l'existence du tabes spasmodique ; à chaque pas, le pied retombe sur le sol assez lourdement, ou glisse bruyamment, puis l'enfant se penche en arrière pour compenser la flexion du bassin sur la cuisse et pour soulever le membre inférieur, à l'aide des muscles postérieurs, qui unissent celui-ci au tronc.

La contracture brusque des extrémités, les mains fléchies en forme de cône, le pouce replié dans la paume (main d'accoucheur), la contracture des pieds avec flexion forcée des orteils, augmentation de la concavité plantaire et rigidité du tendon d'Achille, ces phénomènes cessant par intermittences, doivent faire diagnostiquer la tétanie.

L'opisthotonos, c'est-à-dire la contracture des muscles postérieurs du tronc et des membres, est caractéristique du tétanos. Enfin, l'enfant couché en chien de fusil, détournant les yeux de la lumière, soulevant ses paupières supérieures avec peine, en fronçant le front, poussant des cris aigus sans raison, et demeurant presqu'immobile, le ventre rétracté, en bateau, parfois en proie à des convulsions, soit généralisées, soit localisées dans un seul membre, grinçant des dents, cet enfant, dis-je, a une méningite tuberculeuse ; ou une pyrexie à forme méningitique (fièvre typhoïde, grippe). Ce correctif est important, car, en présence du tableau précédent, il ne faut pas se hâter de porter un pronostic fatal, puisque seule la méningite vraie ne guérit pas.

La simple inspection de la tête d'un enfant hydrocéphale suffit pour faire poser le diagnostic.

Enfin, la faiblesse subite d'un membre, son impotence fonctionnelle et sa différence de grosseur en comparaison de celui du côté opposé, sont autant de signes en faveur de la paralysie infantile, cérébrale, si elle siège au membre supérieur, spinale, au membre inférieur.

Le coma chez un enfant indique une hémorrhagie méningée chez un nouveau-né, une méningite ou une phlébite des sinus chez un enfant plus âgé.

Enfin rappelons que la face asymétrique, ou le crâne mal formé, les lobules de l'oreille mal détachés et adhérents, les dessins du pavillon à peine formés, la voûte palatine de forme ogivale sont des signes de dégénérescence qui annoncent soit l'épilepsie, soit la possibilité d'habitudes vicieuses. L'aspect extérieur des idiots est trop connu pour que nous y insistions.

D'autres maladies peuvent encore être reconnues par le simple habitus extérieur. Un enfant a-t-il les paupières bouffies, les jambes enflées, le teint d'un blanc argileux ? c'est un albuminurique.

Un petit malade a-t-il un côté de la face ou même les deux côtés, devant chaque oreille, bouffis et comme gonflés d'air ? cet enfant a les oreillons.

Décrirons-nous l'aspect d'un ictérique ? Il suffit de regarder pour faire le diagnostic ; plus difficile est le diagnostic de la cause.

Le rhumatisme musculaire du cou est trop caractéristique pour qu'on s'y trompe ; le nom de la maladie indique l'attitude (torticolis). L'enfant a la tête inclinée d'un côté et les regards tournés du côté opposé, en haut ; c'est un torticolis du sterno-mastoïdien du côté incliné, par contracture ; si le malade peut corriger son attitude en prenant sa tête dans ses mains, c'est un torticolis du sterno-mastoïdien du côté opposé, par paralysie. Quand l'enfant a la tête seulement inclinée sans rotation, ou avec rotation des regards vers le côté incliné, en bas, le torticolis est dû à un rhumatisme du trapèze. Enfin, l'impossibilité absolue pour l'enfant de remuer et de mobiliser sa tête sur ses épaules,

l'inclinaison de la tête d'un côté, avec soulèvement en masse des deux épaules, peut aussi indiquer un torticolis osseux par tumeur blanche ou arthrite occipito-vertébrale.

Nous arrivons ainsi aux attitudes dans les affections chirurgicales.

II.

AFFECTIONS CHIRURGICALES.

Nous aborderons, tout de suite, le système osseux.

Un crâne volumineux, des traits débiles, l'absence de dents, le palais ogival, les nouures aux extrémités des membres en O, en X, en Y, en S, etc., le chapelet thoracique et le ventre de grenouille, voilà le portrait du rachitique.

La colonne vertébrale bombée en arrière avec raccourcissement de la taille et enfoncement de la tête dans les épaules, tel est l'aspect du cyphotique ; une épaule plus basse que l'autre et le dos rond, tels sont les signes frappants de la scoliose. Le ventre porté en avant, l'absence de cambrure lombaire, le dos plat, caractérisent la lordose.

L'enfant, qui a peur de mobiliser son dos, qui remue tout d'une pièce, qui, pour ramasser un objet à terre, commence par écarter les jambes, fléchit les genoux lentement, puis abaisse le tronc d'un seul morceau, pour ainsi dire, et prend mille précautions pour saisir l'objet à côté de lui, et jamais devant lui, cet enfant, dis-je, a une tuberculose vertébrale (mal de Pott). Plus facile encore est le diagnostic, quand, à tous ces signes, se joint la gibbosité, la bosse pointue ou arrondie amenant un raccourcissement de la taille et une projection du thorax en avant et en haut.

Insisterons-nous sur les tumeurs blanches articulaires ? cette forme globuleuse, cette augmentation de volume énorme du genou, du coude, du cou-de-pied, de l'épaule, du poignet, n'indiquent-ils pas suffisamment à quelle maladie l'on a affaire, rien que par simple inspection ?

Seule une articulation mérite de nous arrêter quelques instants. C'est la hanche. Les affections de la hanche font généralement boiter. Or cette claudication est de différentes sortes : très accentuée, accompagnée d'une déformation, d'un aplatissement de la fesse et de la hanche, d'une grande ensellure lombaire et d'une forte inclinaison latérale du tronc de son côté, la claudication signifie luxation congénitale de la hanche. Elle peut être double, et la marche est absolument semblable alors à celle des canards.

Si la claudication s'accompagne d'adduction et de flexion du genou avec rotation interne et pas de déformation de la région, c'est l'indice d'une coxalgie à la première période, tuberculeuse ou hystérique ; la même claudication avec abduction et rotation externe, indiquerait encore la coxalgie, surtout la coxo-tuberculose, les abcès ne tardent pas à venir confirmer le diagnostic. Il faut toujours surveiller un enfant qui prend l'habitude au repos, dans la station verticale, de s'appuyer toujours sur la même jambe et de fléchir légèrement le genou de l'autre pour ne pas se poser dessus, c'est un coxalgique au début.

L'ankylose de la hanche s'accompagne de claudication avec mouvements du bassin d'arrière en avant.

Les fractures donnent rarement aux enfants une attitude spéciale, attendu qu'elles s'accompagnent rarement de déplacement. L'enfant immobilise le membre fracturé, mais il n'a pas souvent d'attitude spéciale. Signalons cependant l'abaissement de l'épaule et l'impossibilité de porter la main à la tête dans le cas de fracture de la clavicule, le poignet en dos de fourchette et la déviation en Z dans la fracture de l'extrémité inférieure du radius. — Les pieds bots se diagnostiquent aussi d'un simple coup d'œil.

L'enfant qui porte souvent sa main sur un des anneaux inguinaux, quand il tousse ou quand il se mouche, est peut-être atteint d'une pointe de hernie.

L'enfant, qui se livre à la masturbation et dont le pénis est toujours en érection, n'est pas toujours un dégénéré et un vicieux ; il est peut-être atteint de phimosis ou de calculs vésicaux (phosphatiques, oxaluriques).

Les abcès et les tumeurs n'ont pas d'aspect extérieur spécial ; signalons seulement la polyadénite cervicale, axillaire, inguinale, les écrouelles ou adénites suppurées cervicales, qui indiquent toujours un terrain scrofulo-tuberculeux.

Pour terminer, nous ferons le tableau du nouveau-né syphilitique. Un nouveau-né d'aspect jaune cuivré, ayant les muqueuses décolorées et squameuses, le nez aplati, embarrassé, affecté de coryza chronique, les commissures labiales gercées, le front ridé, le corps amaigri, les pieds quelquefois couverts de bulles de pemphigus et les téguments parsemés de plaques rougeâtres ou suintantes, tels sont les stigmates qui signalent à tous l'hérédo-syphilis et à l'aspect desquels nul doute n'est permis.

Nous aurions pu parler aussi des enfants mannequins, c'est-à-dire des malheureux petits êtres torturés par leurs parents, et qui conservent à volonté toutes les positions qu'on leur fait prendre, aussi longtemps qu'on les y soumet ; ces faits n'ont d'intérêt qu'en médecine légale, pour apprécier la moralité des parents.

En résumé, un clinicien exercé peut, en quelques minutes d'examen soigneux, et se rappelant les règles que nous avons posées, arriver à établir presque sûrement un diagnostic par un simple coup d'œil jeté sur l'ensemble de l'enfant et avant même que personne ne lui ait donné le moindre renseignement.

Dr PAUL HUGUENIN.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'enregistrement des Diplômes.

Nous recevons la lettre suivante qui nous paraît présenter un certain intérêt :

Cher et honoré Confrère,

En juillet dernier, à propos de l'enregistrement de mon diplôme de docteur, pour lequel le greffe du tribunal me réclamait la somme de 8 fr. 30, j'ai eu recours à votre obligeance, pour me donner quelques éclaircissements. Vous avez bien voulu alors répondre à ma demande et m'envoyer deux nos du *Concours* où j'ai pu étudier la question. En même temps, je m'adressais à un confrère et ami habitant

l'arrondissement voisin pour savoir quelle taxe il avait acquittée dans la même circonstance.

Bientôt je recevais ce billet : « La coutume n'est sans doute pas la même à X** et à Y**. Je viens de faire enregistrer mon diplôme au greffe du tribunal de Y**; on ne m'a réclamé que 1 fr. 65. »

Fort de ces renseignements, je témoignai au greffier du tribunal de X. mon vif étonnement de me voir appliquer un tarif si différent de celui qui était en vigueur dans un arrondissement limitrophe ; je lui rappelai en outre que la loi de 1892 nous astreignait à faire enregistrer notre diplôme à la préfecture et au greffe du tribunal, mais *sans frais*. Or pour moi, *sans frais* ne semblait point impliquer une redevance de 8 fr. 30, d'autant plus que la préfecture avait procédé à cet enregistrement sans exiger la moindre somme.

Le commis du greffier m'avait écrit le 6 juillet : « Je vous prie de m'envoyer la somme de huit francs trente centimes pour le coût de l'enregistrement de votre diplôme, plus l'envoi de la présente et de l'envoi de votre diplôme » (sic).

En réponse à mes objections, le 22 juillet, le greffier lui-même me fournissait les explications suivantes que je reproduis textuellement :

« Monsieur,

Mon commis, en vous réclamant la somme de 8 fr. 30, avait suivi les anciens errements. Jusqu'à ce jour on avait toujours dressé un acte soumis aux droits d'enregistrement. Au reçu de votre lettre, j'ai étudié la question et j'ai vu qu'il y avait deux manières de procéder : ou de faire une simple mention sur le registre *ad hoc* ; ou de dresser un acte de dépôt, lequel devait être enregistré.

Vous me parlez de deux perceptions, l'une de 1 fr. 65 et l'autre de 2 fr. 10 ; elles s'expliquent : la première se décompose comme suit :

Honoraires .... 1 fr. 50
Timbre d'envoi .... 0 fr. 15

et la seconde :

Honoraires .... 1 fr. 50
Timbre de la mention .... 0 fr. 60
2 fr. 10

Dans le premier cas, mon collègue a oublié de compter le timbre du registre.

Je ferai faire une simple mention et vous n'aurez donc à payer que la somme de 2 fr. 10, plus l'envoi de 0 fr. 30.

P. S. J'ai soumis le cas au receveur de l'enregistrement qui jusqu'à ce jour avait perçu un droit de 5 fr. 63 ; il a reconnu avec moi que, si on se contente d'une simple mention, le droit ci-dessus n'est pas dû. »

Cette lettre contenait des renseignements intéressants ; mais je n'ai pu comprendre la « décomposition des perceptions » qui m'était proposée. En effet, mon confrère avait payé lui-même au greffe de Y** et il n'y avait pas eu envoi de lettre, ni de timbre à payer, de ce chef ; en outre, cette supposition que le greffier avait « oublié de compter le timbre du registre » me semblait par trop gratuite. Toutefois, désireux d'en finir avec cette histoire, pour éviter toute tracasserie, je m'exécutai et je payai 2 fr. 10, non sans avoir fait remarquer que je demeurais étonné d'acquitter cette somme, alors que dans la ville voisine on ne versait que 1 fr. 65.

Ainsi donc, après m'avoir d'abord réclamé 8 fr. 30, on s'est contenté de 2 fr. 10, desquels il faut déduire 0 fr. 30 pour 2 lettres à moi adressées et 0 fr. 60 pour la réexpédition du diplôme.

Le greffier, qui jusque-là « dressait un acte soumis aux droits d'enregistrement », s'est borné à faire une simple mention sur le registre ad hoc, d'accord en cela avec le receveur d'enregistrement.

Il n'en demeure pas moins acquis, qu'on trouve là des variations inexplicables. Un greffier exige 2 fr. 10, un autre se contente de 1 fr. 65 ; l'enregistrement perçoit tantôt 5 fr. 47 (Dr A...., 1888), tantôt 7 fr. (Dr Roudeau, 1888, Indre), tantôt 5 fr. 63 (Manche), et même abandonne parfois ce droit comme dans le cas présent.

Maintenant suis-je à l'abri d'une réclamation plus ou moins tardive ?

J'ai cru utile de transcrire textuellement la majeure partie de la correspondance que j'ai reçue à ce sujet. Peut-être contribuera-t-elle quelque peu, dans une autre circonstance, à renseigner un jeune confrère.

Je me plais, de plus, à reconnaître que dans cette circonstance le *Concours médical* m'a fourni les éléments d'une opinion et d'une règle de conduite. Quoique lecteur déjà ancien du journal et abonné actuel, je ne fais point partie de la *Société civile du Concours médical*, mais mon intention est d'y entrer au commencement de 1894.

Veuillez agréer, etc. »

Nous avions toujours cru que le Français était une langue absolument claire, et que *sans frais* voulait dire sans débours d'aucune sorte.

Nous estimons qu'à l'avenir on ne réclamera ni 8 fr. 30, ni 2 fr. 10, ni 1 fr. 65 et que les manieurs de papier timbré qui savent si bien faire atteindre *aux frais* le maximum possible voudront bien se conformer à la loi.

Sans frais n'a pas un sens à la préfecture pour en avoir un autre au greffe du tribunal civil ; si donc on ne perçoit rien dans le premier cas, on ne doit rien percevoir dans le second. D'ailleurs à Paris, on ne paie absolument rien.

Mais rappelons-nous que la loi Chevandier n'entre en vigueur qu'au 1er décembre prochain.

La loi sur l'exercice de la pharmacie.

Monsieur le Directeur,

Je suis avec l'intérêt le plus vif les études publiées dans le *Concours médical* sur la future loi qui régira l'exercice de la pharmacie.

J'approuve absolument les amendements que vous jugez nécessaires ; je trouve cependant qu'ils sont insuffisants, au moins sur un point.

Le cas spécial que je vise intéresse cependant nombre de médecins de campagne, et je suis étonné de le voir laissé dans l'ombre.

Permettez-moi de l'exposer.

Dans le petit chef-lieu de canton que nous habitons avec un confrère un peu plus jeune que moi, nous faisions médecine et pharmacie, et nous arrivions à vivre tant bien que mal. Il y a deux ans, un pharmacien vint s'y établir et nous dûmes cesser de fournir des médicaments à nos clients.

Il en résulta pour nous un certain préjudice du fait de la suspension de la vente des médicaments, cela est évident, et notre situation est devenue plus difficile.

Mais là n'est pas la question : nous faisions de la pharmacie, nous n'en faisons plus, nous y perdons, cela est évident. Je ne me plaindrais pas si nous n'avions à souffrir d'ailleurs.

Le pays n'est pas riche et les pharmaciens sont encore plus clairsemés que les médecins ; il faut faire sept ou huit lieues pour retrouver une autre pharmacie, tandis que nous avons des confrères à 18 et 20 kilomètres.

Dans les communes, qui nous séparent, nous ne pouvons pas, nous, fournir des médicaments, puisque nous habitons une commune pourvue d'une officine, tandis que nos confrères, qui n'ont pas de pharmaciens chez eux, fournissent dans ces mêmes communes tout ce dont les malades ont besoin.

Voici la commune de N..., à 8 kilomètres de chez moi, où j'ai encore quelques clients et où je les avais autrefois presque tous : il faut qu'on vienne me chercher, que j'aille voir le malade, puis qu'on revienne chercher les médicaments; cela demande du temps, et tous n'ont pas cheval et voiture à leur disposition ; les remèdes n'arrivent au malade que le lendemain et parfois le surlendemain, tandis

qu'autrefois avec ma pharmacie portative je pouvais presque toujours donner immédiatement le nécessaire.

Et ce n'est pas tout : il faut payer le pharmacien en emportant le remède, tandis que chez le médecin on avait un crédit pour ainsi dire illimité.

La conséquence est que peu à peu mes clients m'abandonnent et vont chercher le médecin de B...., à 9 kilomètres !

Celui-ci, n'ayant pas de pharmacien, fait actuellement ce qu'autrefois je faisais et ce que je n'ai plus le droit de faire.

Quel bénéfice mon pharmacien retire-t-il de cet état de choses ? — Aucun, puisqu'on ne vient pas prendre chez lui les médicaments. Et moi, par le seul fait de sa présence, je perds ma clientèle !

Heureusement que j'arrive à un âge où ce préjudice peut moins m'atteindre, mais mon confrère se trouve dans le même cas que moi, et il n'est pas à la fin de sa carrière !

Deux médecins, dans ces conditions, ne peuvent plus vivre : l'un d'eux devrait nécessairement abandonner le pays. Et ce fait n'est pas une exception, croyez-le bien ; vous le trouverez partout où la population n'est pas très dense. Or, ce sont précisément les pays où l'on déplore l'insuffisance du nombre des médecins. Veut-on donc le diminuer encore ?

Comme conclusion, je demande qu'il soit établi autour des officines une zone au delà de laquelle tous les médecins auront le droit de fournir des médicaments, quelle que soit leur résidence.

C'est, si je ne me trompe, ce que faisait l'ancien article 11 de la loi Chevandier : aussi ne suis-je point étonné de voir tous les syndicats médicaux revenir à cet article.

J'espère que vous y reviendrez aussi.

Veuillez agréer, etc.... L. C.

La lettre de notre confrère présente, en effet, un intérêt véritable et nous ne faisons aucune difficulté pour reconnaître que nos amendements ne porteraient pas remède à la situation qu'il signale.

Il est évident qu'au delà d'une certaine distance de son officine, le pharmacien n'a plus aucun intérêt à empêcher le médecin de fournir les médicaments à ses malades, et que, par contre, les clients trouvent dans cette prohibition une source de difficultés très grande.

Toujours partisans d'une entente entre médecins et pharmaciens, qui permettrait de modifier le texte de la loi future dans l'intérêt de tous, nous sommes convaincus que l'accord pourrait encore s'établir sur ce point.

Une zone de 4 kilomètres autour d'une officine, est suffisante pour garantir les intérêts du pharmacien ; au delà les intérêts du public demandent que le médecin puisse fournir les médicaments, et le pharmacien n'y perdra rien si, comprenant son rôle, il entretient avec le médecin les relations, qui devraient toujours exister, car ce dernier prendra chez lui la plupart des médicaments qui lui seront nécessaires.

BULLETIN DES SYNDICATS

Union des Syndicats médicaux

Séance du Bureau de l'Union du 18 octobre

Nous rappelons, pour mémoire, l'ordre du jour, déjà publié, de cette réunion :

1° Étude du projet de loi sur l'exercice de la pharmacie. — Mesures à prendre.

2° Assistance médicale des indigents. — Admission des malades aisés dans les hôpitaux.

3° Rapports des médecins avec les Sociétés de secours mutuels. — Adoption d'un questionnaire à adresser aux Syndicats médicaux.

4° Service militaire des étudiants en médecine. — Vœux des Conseils généraux. — Démarche à faire par le Bureau de l'Union.

5° Correspondance.

Sous forme de lettre adressée au Président de l'Union, nous venons de recevoir une étude très importante de M. le Dr Cellier, de Laval, président du Syndicat médical de la Mayenne et vice-président de l'Union, sur les manœuvres du service de santé qui ont eu lieu, au mois de juin dernier, dans le 4e corps d'armée, aux environs du Mans.

Ce travail, qui honore au plus haut point son auteur, se termine par des conclusions pratiques qui viennent corroborer les efforts déjà tentés par la Presse médicale parisienne et les Syndicats médicaux, en vue de modifier le service militaire des étudiants en médecine ; elles démontrent, en outre, la nécessité qui s'impose d'apporter certaines réformes à l'organisation du service de santé, dans l'intérêt de l'armée surtout, en ce qui concerne en particulier les 5,000 médecins de réserve et de territoriale, qui, en temps de guerre viendront prendre rang à côté des 1,500 médecins militaires de l'armée active.

Le Bureau de l'Union, dont le devoir est de ne perdre de vue aucun des intérêts du Corps médical, examinera avec la plus grande attention ces conclusions du travail de M. le Dr Cellier, et, s'il y a lieu, en fera l'objet de vœux qu'il adressera aux pouvoirs publics.

Signalons encore un Conseil Général (le onzième à notre connaissance), qui a adopté le vœu de l'Union relativement au service militaire des Etudiants en médecine, c'est celui de la Vienne. Nous devons ce résultat aux démarches de notre excellent confrère, M. le Dr Pouliot, Président du syndicat médical de ce département et vice-président de l'Union.

Nous invitons, encore une fois, nos confrères des syndicats à nous signaler les départements où des vœux du même genre ont été émis, et nous ne doutons pas qu'il y en ait d'autres, si nous tenons compte des promesses qui nous ont été faites par nombre de syndicats. Il est indispensable que le Bureau de l'Union connaisse les résultats de leurs démarches avant la séance du 18 courant.

Nous attendons aussi un certain nombre de communications, qui nous ont été annoncées, en réponse à notre circulaire du 27 juillet dernier. Nous prions instamment les présidents ou les secrétaires des syndicats de nous les adresser avant le 15 octobre.

Le Président de l'Union, Dr L. Porson.

Syndicat médical d'Aisne-et-Vesle.

24 *août* 1893.

Présents : MM. Woimant, *Président* ; Gaillard, *Vice-Président* ; Lécuyer, *Secrétaire* ; Faille, Van Bunnen ; Deligny ; Delaporte ; Pichancourt ; Herbillon ; Brassart ; Lefèvre ; Manichon.

Loi sur la pharmacie.

M. le Président Woimant expose qu'il a reçu une circulaire du Dr Porson, président de l'Union des Syndicats, qui demande l'avis de

chaque Syndicat sur la *loi sur l'exercice de la pharmacie*, soumise au Sénat après avoir été votée dans deux lectures à la Chambre des députés. M. le Professeur Cornil en est le rapporteur, et on peut avoir toute confiance en lui pour soutenir les justes revendications du corps médical : cependant, s'il est soutenu par les Syndicats, son opinion aura plus de poids encore. Il y a donc lieu d'examiner ce projet de loi.

M. Lécuyer, secrétaire, dit que, dans ses derniers moments, la Chambre des députés a voulu abattre beaucoup de besogne, mais que, malheureusement, elle en a fait souvent de mauvaise, en particulier, la loi sur la pharmacie qui est faite contre les médecins, et par conséquent contre les malades.

Il constate, en passant, que *pas un député-médecin* n'a pris la parole pour la défense de notre profession sacrifiée.

Malgré la *loi Chevandier*, le corps médical sera encore exploité longtemps par les individus et les collectivités.

Par ses connaissances spéciales, par ses relations avec ses clients de *tous* les mondes, le médecin a une position sociale peu ordinaire. A cause de cela on croit qu'il mène tout, qu'il roule sur l'or, et alors tous, les clients, les sociétés de secours mutuels, les bureaux de bienfaisance, etc..., tirent à boulets rouges sur lui.

La discussion de la loi sur l'exercice de la médecine au Sénat a fait voir ce vieux levain de jalousie envers le corps médical, et pour aboutir au vote final de la loi, la Chambre des Députés a dû renvoyer à la discussion de la loi sur l'exercice de la pharmacie, le droit que peut avoir le médecin dans certains cas de délivrer des médicaments. Il nous faut donc montrer le bien fondé de nos modestes prétentions.

M. Lécuyer conclut en disant que le Syndicat d'Aisne-et-Vesle doit demander le remplacement de l'article 11 par l'article, qui avait été adopté par le Sénat, lors de la discussion sur la loi Chevandier :

Art. 11. — L'exercice simultané de la profession de médecin, de chirurgien-dentiste, ou de sage-femme, avec celle de pharmacien est interdit, même en cas de possession des titres conférant le droit d'exercer ces professions. Cette disposition n'est pas applicable à ceux qui exercent aujourd'hui simultanément ces deux professions. Toutefois, sous la condition de se soumettre aux lois et règlements régissant la pharmacie, à l'exception de la patente, tout docteur peut porter des médicaments à ses malades lorsque ceux-ci demeurent à 4 k. au moins d'une officine de pharmacie. Il peut aussi, mais sans tenir officine ouverte, fournir chez lui des médicaments à ses malades lorsque sa demeure est à 4 k. au moins d'une officine de pharmacien. »

Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

Le président demande la suppression de l'article 12 et de l'article 13, qui donnent le droit aux pharmaciens de délivrer à peu près tous les médicaments et consacre l'exercice illégal de la médecine par eux. Si, en fait, ils se livrent à peu près tous, à cet exercice, il ne faut pas leur en donner le droit. *Adopté*.

M. le D[r] Gaillart, *vice-président*, à propos de l'article 15 qui permet à toute personne, non pourvue du diplôme de pharmacien, de vendre des médicaments simples d'un usage courant, ainsi que les plantes médicinales fraîches ou sèches dont la liste sera insérée au codex, demande la suppression des herboristes qui ne répondent à aucun besoin réel surtout après le vote de l'art. 15. *Adopté*.

Sous le bénéfice de ces restrictions, le Syndicat donne son approbation à la loi future.

Service militaire des Etudiants.

Sur la proposition du président, le Syndicat demande : 1° que le service militaire pour les élèves en médecine n'ait lieu qu'à partir de 27 ans, afin de leur permettre de terminer leurs études auparavant.

2° Qu'ils fassent leur année de service en qualité de médecin aide-major stagiaire.

Protection de la santé publique.

M. Lécuyer, secrétaire, lit un travail sur le projet de loi relatif à la protection de la santé publique et rend justice aux efforts de M. le D[r] Langlet, rapporteur de la loi devant la Chambre des Députés. Il demande au Syndicat d'émettre le vœu que le Bureau de l'Union fasse les démarches nécessaires pour hâter le vote de la loi. *Adopté*.

Le Secrétaire, D[r] H. LÉCUYER.

Syndicat professionnel des Médecins de la ville et de l'Arrondissement de Toulon.

Monsieur le D[r] Porson, président de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Monsieur le président et honoré Confrère,

J'ai l'honneur, en réponse à votre lettre circulaire du 24 juillet 1893, de vous faire connaître les résolutions adoptées par le syndicat médical de la ville et de l'arrondissement de Toulon.

1° Le Syndicat médical de la ville et de l'arrondissement de Toulon a adopté la rédaction de l'art. 11 et 12 que vous proposez dans le *Concours médical* du 22 juillet 1893 aux lieu et place de celle existant dans la loi sur l'exercice de la pharmacie qui vient d'être votée en seconde délibération à la Chambre des députés.

Le Syndicat accepte aussi à l'art. II le paragraphe additionnel qui sauvegarde la situation acquise de certains médecins délivrant, d'après la loi du 21 germinal, an XI, des médicaments à leurs malades.

Il accepte également les paragraphes de la loi projetée, art. 12, que vous proposez de laisser subsister avec la nouvelle rédaction de l'art. 12 proposée par vous.

Le Syndicat de Toulon désire que la situation exacte faite aux *herboristes* soit mieux précisée dans la nouvelle loi.

Le Syndicat n'a pas eu à se préoccuper des paragraphes 3, 4, 5, 6. de l'art 17 de la nouvelle loi sur l'exercice de la pharmacie.

2° L'admission dans les hôpitaux des malades aisés est excessivement rare dans notre ville et ne peut être une cause de préjudice pour les médecins de la région.

3° Après bien des pourparlers et des concessions de notre part, une entente a eu lieu avec les 60 ou 80 sociétés de secours mutuels de Toulon syndiquées. Les règlements adoptés vous seront envoyés. Ils sont loin de donner satisfaction complète à notre corps médical, mais ils constituent un acheminement à un état devant mieux sauvegarder pour la suite nos intérêts. Le Syndicat a dû concilier pour ne pas jeter dans une opposition violente et irréconciliable les sociétés violemment surprises par la constitution de notre Syndicat et par la promulgation de nos règlements sur elles.

4° Le Docteur Cunéo, conseiller général du Var, directeur du service de santé de la marine, s'est chargé de transmettre le vœu sur les Etudiants en médecine qui a été adopté par le Syndicat. On se rappelle que ce vœu a été adopté sur la proposition de M. le D[r] Cunéo par le Conseil général du Var.

Veuillez agréer, Monsieur le Président et honoré

Confrère, l'expression de mes sentiments les plus dévoués.

Le Président du Syndicat de Toulon, PELLEGRIN.

Syndicat Départemental des médecins de la Vendée.

Le 20 septembre 1893, dans une réunion à la Roche-sur-Yon, a été constitué le Syndicat départemental des médecins de la Vendée.

Ce syndicat a décidé son adhésion à *l'Union*.

Bureau.

Président : M. le Dr Filaudeau, *de la Roche-sur-Yon*.

Vice-Président : M. le Dr Mignen, *de Montaigu*.

Secrétaire : M. le Dr Barbanneau, *de Pouzauges*.

Secrétaire Trésorier : M. le Dr Pépin, *de Montournais*.

Syndics : MM. les Drs Billiotte, *des Sables d'Olonne* ; Fleury, *de Chaillé-les-Marais* ; Piveteau, *de l'Oie* ;

Président honoraire : M. le Dr Angeard, *de Mareuil-sur-Lay*.

Membres.

MM. Billiotte, Filaudeau, Fillon Guibert, *de la Roche-sur-Yon* ; Dodin, Palvadeau, *de Challans* ; Berrez, Epron, *de l'Hermenault* ; Angeard, *Mareuil-sur-Lay* ; Barbanneau, *Pouzauges* ; Baudry, *Coëx* ; Baudry, *Saint-Gilles* ; Billaud, *les Epesses* ; Bodin, *de Nalliers* ; Briant, *de la Flocellière* ; Buchoux, *de Mouilleron-en-Pareds* ; Chameron, *de Sainte-Hermine* ; Challe, *Poiré-sur-Vie* ; Coquaud, *Saint-Martin-des-Noyers* ; Davillé, *la Caillère* ; Davillé, *Saint-Michel-en-l'Herm* ; Fleury, *Chaillé-les-Marais* ; Gourmaud, *le Langon* ; Lansier, *Lamotte-Achard* ; Logeais, *Palluau* ; Meunier, *Saint-Pierre-du-chemin* ; Micheneau, *Saint-Fulgent* ; Mignen, *Montaigu* ; Mondon, *La Châtaigneraie* ; Nicoleau, *Nieuil-le-Dolens* ; Pacaud, *d'Angles* ; Paris, *de Chantonnay* ; Pepin, *de Montournais* ; Périer, *de Champagné-les-Marais* ; Poirault, *de Mouilleron-en-Pareds* ; Robin, *de Chaix*, Roy, *de Vouvant* ; Piveteau, *de l'Oie* ; Sarrazin, *de Mouchamps* ; Serph, *de Bois-de-Céné* ; Simon, *de Beauvoir* ; Thébault, *de Nieuil-le-Dolent* ; Terrien, *des Essarts* ; Vaton, *de Fontenay-le-Comte*.

REPORTAGE MÉDICAL

Les vénériens dans les Sociétés de secours mutuels. — On sait que, par décision ministérielle, qui vient d'être renouvelée naguère, toute espèce de secours est refusée aux membres des Sociétés de secours mutuels atteints de maladies vénériennes. On part d'un principe faux pour arriver à un résultat déplorable. Le principe est la culpabilité des malades vénériens, principe grotesque et en même temps d'une hypocrisie odieuse ; car il n'est peut-être pas un seul des ministres qui successivement ont paraphé cette ordonnance, qui n'ait eu jadis sa petite chaude-pisse, et ne se soit trouvé alors parfaitement digne d'intérêt et bien à plaindre, ne l'ayant récoltée, comme toujours, que dans des circonstances où il n'avait rien à se reprocher. Le résultat, c'est que la plupart des jeunes gens atteints, au lieu d'aller consulter le médecin de la société en le payant de leurs deniers, préfèrent aller se confier au spécialiste ou au pharmacien des vespasiennes qui ont chacun le seul remède efficace pour guérir rapidement et sans danger... etc. : d'où souvent, orchites, blennorrhées, et après le mariage, pour la femme, métrites et salpingites qui tombent on ne sait d'où. Ce n'est pas bientôt qu'en France on supprimera ces ordonnances antédiluviennes. En Allemagne, on est à la fois plus pratique et plus ouvert aux innovations. C'est ainsi que les ministres prussiens de l'intérieur, de l'hygiène et du commerce se sont entendus pour inviter les sociétés de secours mutuels à accorder à leurs adhérents atteints d'affections vénériennes les soins médicaux et les médicaments nécessaires à leur guérison. Ils ont insisté sur l'utilité qu'il y a au point de vue de l'hygiène publique à assurer la prompte guérison de ces malades.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le Docteur Auquier, de Beauvoisin (Gard), membre du Concours médical.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ECOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Les trois livres sur la contagion, les maladies contagieuses et leur traitement. (J. FRACASTOR. *Traduction et notes par* L. MEUNIER : *Paris*, 1893. *Société d'éditions scientifiques. Prix* : 3 fr. 50.)

Par ce temps de recherches sur les divers modes de propagation des maladies, il était juste de connaître l'opinion des anciens sur la contagion et les maladies contagieuses. Ce travail vient de recevoir un commencement d'exécution dans l'excellente traduction que nous donne aujourd'hui le Docteur L. Meunier de ces Trois Livres de J. Fracastor, lesquels, quoique publiés en 1546, semblent, sauf quelques légères retouches, être d'hier. Le 1er livre a pour titre : De la contagion. Or, voici l'opinion de Fracastor à ce sujet : *De la phtisie contagieuse.* Les divers modes de contagion pour la phtisie que donne Fracastor méritent d'autant plus d'être cités qu'un grand nombre sont donnés comme des découvertes actuelles : « Il peut se faire, dit-il, que quelqu'un qui n'est atteint d'aucun catarrhe, qui n'a pas eu de veine rompue, qui n'a aucune ulcère autour de la poitrine, qui n'a pas eu de pleurésie, qui, en somme, n'a eu aucune maladie, mais est parfaitement sain, puisse contracter cette affection par un commerce habituel, par la vie en commun avec un phtisique, ou encore par l'intermédiaire d'un foyer. Car il est étonnant de voir avec quelle ténacité et pendant combien de temps ce virus peut rester dans un foyer, puisque nous avons vu des vêtements portés par des phtisiques avoir pu donner la contagion après deux ans. Les chambres, les lits de repos, les grands lits où sont morts des phtisiques peuvent en faire autant... Sont semblables aux phtisies contagieuses celles qui viennent des parents par hérédité. C'est étonnant, en effet, de voir dans certaines familles, jusqu'à la cinquième et sixième génération, tous les membres mourir dans les mêmes conditions de consomption, et quelques-uns au même âge. » Fracastor étudie ensuite la rage, la syphilis ou mal français, l'éléphantiasis (lèpre tuberculeuse), la lèpre proprement dite (lèpre anesthésique), enfin la séméiologie des infections cutanées. Dans le IIIe livre, qui a pour titre : Traitement des maladies contagieuses, l'auteur conseille une série de remèdes qui se ressentent de la pharmacopée de l'époque, soit pour tuer les germes au début, soit pour les arrêter, quand ils sont en voie d'infecter l'organisme. On peut cependant retenir de toutes ces médications : l'usage des poudres absorbantes et l'emploi des affusions froides.

MAURICE COSTE (de Marseille).

AVIS — Cet ouvrage n'ayant été tiré qu'à un petit nombre d'exemplaires, MM. les membres du Concours médical sont priés de le demander de suite ; ils regretteraient ultérieurement de ne le point posséder.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année N° 42 21 Octobre 1893

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

de la Société civile du Concours médical.

19 novembre 1893.

L'Assemblée générale de la Société civile du Concours médical se tiendra le Dimanche 19 novembre prochain, dans les salons du Grand Hôtel, à 3 heures précises.

Ordre du jour.

1° Allocution du président ;
2° Approbation des comptes de l'année ;
3° Création d'une caisse d'indemnité en cas de maladie ;
4° Examen de la proposition de loi sur l'exercice de la pharmacie ;
5° Propositions diverses émanant des membres de la Société ;
6° Vote du budget pour l'année 1894.

Les propositions des membres de la Société devant être préalablement soumises à l'examen du conseil de Direction, nous prions instamment nos confrères de nous faire parvenir leurs propositions dans le plus bref délai possible.

Suivant l'habitude, un banquet confraternel suivra la réunion. Afin de permettre son organisation et d'éviter le désarroi de la dernière heure, qui se reproduit chaque année, les adhésions devront être envoyées à l'avance au Directeur du Concours médical.

Le Conseil de Direction.

Union des Syndicats médicaux.

L'Assemblée générale des *Délégués des Syndicats adhérents* à l'*Union*, se tiendra le dimanche 19 novembre, dans les salons du Grand Hôtel, à *9 heures très précises du matin.*

Nous rappelons que les Délégués doivent être porteurs de pouvoirs réguliers délivrés, soit par la réunion générale, soit par le Bureau du Syndicat.

Ordre du jour.

1° Allocution du Président ;
2° Rapport du Secrétaire général ;
3° Rapport du Trésorier. Approbation des comptes de l'année ;
4° Discussion et vote définitif des statuts de l'Union ;
5° Examen de la proposition de loi sur l'exercice de la pharmacie ;
6° Assistance médicale gratuite. Application de la loi du 15 juillet 1893 ;
7° Rapports des médecins avec les Sociétés de secours mutuels ;
8° Service militaire des étudiants ;
9° Renouvellement du Bureau.

Le Président de l'Union,
Dr L. Porson.

Nota. — Les Syndicats qui désireraient voir apporter des modifications aux statuts, sont invités à envoyer au Président leurs desiderata, huit jours au moins avant la réunion générale.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'alumnol en gynécologie.

Nous avons parlé dernièrement de l'emploi de l'alumnol contre la blennorrhagie ; nous y revenons pour communiquer de nouveaux succès dus à ce précieux médicament. C'est dans la métrite et la vaginite que l'alumnol a donné les meilleurs résultats. M. Akontz s'est servi des préparations suivantes d'alumnol : en solution à 3 pour 100 (pour laver les parties affectées), en poudre et en bougies (à 20 pour 100) et en solution à 10 pour 100 comme astringent dans le traitement des endométrites et des érosions. La gaze alumnolée (à 24 pour 100) rend, elle aussi, de bons services; mais on aura soin de ne pas la laisser séjourner plus de vingt-quatre heures, sous peine de la voir prendre une odeur fétide.

Akontz résume comme suit les résultats obtenus par lui :

L'alumnol agit comme dessiccateur et, partant, comme un astringent énergique ; employé en solution, il forme un enduit gris-blanchâtre sur les muqueuses ou les parties dépourvues de leur épithélium ; cet enduit disparaît en peu de temps et l'on constate alors la présence d'une surface tout à fait normale. Il forme avec l'albumine des tissus un dépôt qui se redissout dans un excès d'albumine. De temps en temps, l'emploi de l'alumnol est suivi de légères hémorrhagies, qui n'infirment en rien son action vaso-constrictive.

L'alumnol rend des services signalés dans le traitement de la vaginite, du catarrhe cervical, de l'endométrite, de l'ophtalmie blennorrhagique des nouveau-nés, de même que dans les affections gynécologiques d'origine blennorrhagique.

L'identification anthropométrique.

Les surprenants résultats qu'a obtenus M. *Bertillon* à l'aide de sa méthode anthropométrique à la Préfecture de Police sont dignes d'être remarqués de toute administration soucieuse d'établir avec certitude l'identité des individus qu'elle emploie et tout médecin doit être à même de l'appliquer en cas de besoin. Nous empruntons à un résumé fait par M. Malbec, dans la *Tribune médicale*, les principaux éléments de l'anthropométrie indispensables à connaître.

Tout individu arrêté, quelle que soit la cause, est conduit au service anthropométrique, où l'on prend son signalement.

On inscrit tout d'abord sur une fiche le nom — celui qu'il donne — l'âge, le lieu de la naissance, etc., puis, commence la mensuration proprement dite.

Le sujet, n'ayant sur le corps que la chemise et le pantalon, est tout d'abord *toisé ;* il est adossé au mur sur lequel se trouve fixée la toise et placé de manière à lui faire prendre sa hauteur maximum, tout en veillant à ce que ses talons touchent à terre ; on fait ensuite descendre un curseur à large surface, mobile sur la toise, qui permet de l'appliquer exactement sur le sommet de la tête.

Après la taille, on prend l'*envergure*, c'est-à-dire la plus grande largeur que puissent atteindre les deux bras étendus horizontalement en croix ; à cet effet, le sujet étant adossé au mur, on fait étendre les bras le long d'un tableau gradué, en ayant soin de veiller à ce que le sujet soit bien d'aplomb sur ses jambes.

La mensuration du *buste* se fait à l'aide de la toise, après avoir fait asseoir le sujet sur un tabouret bien à fond et les fesses au mur. Cette mesure présente des écarts de plus de 10 centimètres d'un individu à un autre de même taille.

Les mesures à relever sur la tête (diamètres céphaliques et diamètres de l'oreille) se font au moyen du compas d'épaisseur et du compas à glissière. Le compas d'épaisseur gradué est courbe et ses extrémités sont arrondies en forme de boule ; le compas à glissière est essentiellement composé d'une règle graduée dont une des extrémités est munie d'un arrêt, tandis que l'autre présente un curseur mobile.

Pour prendre la *longueur de la tête* (diamètre antéro-postérieur), on place la pointe gauche du compas dans la concavité de la racine du nez, tandis qu'avec la pointe droite du compas tenu horizontalement on cherche sur le derrière et le milieu de la tête le point le plus saillant ; le point maximum est généralement situé sur la bosse occipitale, quelquefois au-dessus.

La *largeur de la tête* (diamètre transversal) se prend avec le même instrument que la longueur ; les branches du compas sont placées d'abord sur l'attache supérieure de chaque oreille et l'on cherche, en tâtonnant, le maximum de largeur ; les deux points sont quelquefois situés sur l'attache supérieure de chaque oreillle, mais le plus souvent on les trouve à deux doigts derrière et au-dessus.

Les dimensions de l'*oreille*, longueur et largeur, se prennent à l'aide du compas à glissière ; la longueur se mesure du bord supérieur de l'oreille au point extrême du lobe de l'oreille, en ayant soin de ne pas déprimer la peau. La largeur se compte du tragus au bord supérieur de l'ourlet.

Il est d'autres dimensions, telles que le *pied*, le *doigt*, la *coudée*, qui restent à peu près également fixes durant toute la vie de l'individu ayant fini de croître, et qu'il importe de mesurer.

On prend les dimensions du *pied gauche* après avoir fait monter le sujet sur un escabeau, le corps penché en avant et la jambe droite levée ; tout le poids du corps porte ainsi sur le pied gauche qui est mesuré à l'aide du compas à glissière.

La longueur du *médius gauche* est précieuse à connaître, car on peut la prendre exactement à moins d'un millimètre près ; elle varie d'ailleurs d'un individu à un autre de près de 3 centimètres, et il est matériellement impossible d'exercer sur elle la moindre tromperie. On place le doigt à mesurer sur le dos du compas en exerçant une pression sur le poignet du sujet, de façon à plier la main en équerre.

La *coudée* se prend également avec le compas à glissière, après avoir fait étendre l'avant-bras sur une table, le corps porté en avant de façon à ce que le bras forme avec l'avant-bras un angle aigu.

Telles sont les mesures qui servent de base à la méthode d'identification créée par Bertillon.

Mais, à côté de ce signalement anthropométrique, rigoureusement scientifique, ne pouvant cependant servir que dans certaines circonstances pour établir l'identité d'individus, on a cherché à donner au signalement descriptif une exactitude qui faisait jusqu'à présent défaut ; c'est ainsi qu'en outre de la *photographie* prise de face et de profil on a établi ces renseignements sur des signes ap-

parents à peu près fixes, dans l'âge adulte, tels que les caractères chromatiques : couleur de l'œil, des cheveux, coloration de la peau du visage ; des caractères morphologiques : forme et dimensions du front, du nez, description de l'oreille, dont la connaissance exacte constitue le *portrait parlé* qui permettra de rechercher un individu sur la voie publique et d'établir son identification.

La couleur de l'œil est un des caractères qui présentent à la fois le plus d'immuabilité chez le même individu et le plus de variabilité d'un individu à l'autre ; mais, pour en retirer avantage, il faut savoir en apprécier les nuances et adopter une notation rationnelle. Souvent la confusion que l'on remarque dans la désignation de la couleur des yeux provient de l'influence de l'éclairage ; c'est ainsi qu'il n'y a pas plus d'yeux gris que d'yeux noirs, les premiers n'étant que d'un bleu plus ou moins jaunâtre et les seconds d'un marron foncé. Quand on parle de la couleur d'un œil, c'est l'iris que l'on a en vue, la pupille saine et normale étant uniformément noire sur les yeux les plus clairs comme sur les plus foncés. L'observateur qui voudra examiner un œil devra se placer le dos tourné au jour et inviter le sujet à le regarder les yeux dans les yeux. M. Bertillon a basé sa classificasion sur ce fait qu'il n'y a que deux types d'yeux fondamentaux : les yeux impigmentés et les yeux marrons purs ; toutes les autres teintes varient entre ces deux extrêmes.

On ne saurait non plus croire combien il importe de bien faire la description de l'oreille ; tandis que le masque change avec l'âge, avec la barbe, etc., l'oreille, bien apparente, revêt une physionomie propre, qui sert de signe de reconnaissance.

Enfin, le *signalement des marques particulières*, notation des tatouages, nœvus, cicatrices, etc., permet d'établir, d'une façon absolument certaine, l'identité d'un individu, et ce signalement vient heureusement compléter les signalements anthropométrique et descriptif, si bien qu'à l'aide de ces trois signalements, il est absolument impossible de commettre des erreurs de personnes. Maintenant que nous connaissons la méthode, voyons comment on peut procéder à la reconnaissance d'un individu, qui se cache sous un faux nom. Supposons qu'un sujet amené au service anthropométrique refuse de donner son nom ou bien présente un faux état civil ; s'il a été déjà mensuré, sa fiche aura été conservée et il s'agit de la retrouver ; mais on conçoit aisément qu'il serait difficile de la chercher parmi des milliers de fiches, si M. Bertillon n'avait point établi une classification. On mesure l'individu ; il a, de longueur de tête, par exemple, 182 millimètres, de largeur de tête, 155 millimètres ; son doigt médius de la main gauche est long de 103 millimètres, son pied de 262 millimètres, et sa coudée de 460 millimètres. On relève ensuite les autres indications prescrites, sa taille, son envergure, la couleur de ses yeux, les dimensions de son oreille droite et les signes particuliers, et l'on établit aussitôt une fiche personnelle.

Toutes les fiches des individus déjà mensurés ont été réparties en trois classes, d'après les *longueurs de têtes* : *petites* (de α à 184), *moyennes* (de 185 à 190) et *grandes* (de 191 à ω). A leur tour, ces trois groupes ont été divisés en trois, d'après la *longueur de la tête*, et c'est ainsi que, parmi les têtes petites, il y a des largeurs de têtes *petites* (de α à 152), *moyennes* (de 153 à 157) *grandes* (de 158 à ω). Un troisième groupement intervient alors, basé sur les dimensions du *médius* et chaque sous-groupe de largeur de tête comprend des fiches de trois catégories selon que le médius est *petit* (de α à 100), *moyen* (de 101 à 105), *grand* (de 106 à ω) ; enfin, pareille division est établie à l'aide des dimensions du *pied*.

L'individu que nous avons mensuré tout à l'heure appartient donc à la catégorie de longueurs de têtes petites, puisqu'il ne présente que 182 millimètres ; dans cette série il se classe parmi les largeurs de têtes moyennes, puisqu'il mesure 155 millimètres ; nous devrons ensuite rechercher sa fiche dans la série des longueurs de médius moyens, puisque son médius mesure 103 millimètres et c'est parmi les fiches qui constituent cette série déjà bien réduite, que nous aurons à chercher une fiche portant même coudée, même taille, même envergure, mêmes dimensions de l'oreille, et sur laquelle devront se retrouver la même coloration des yeux et les mêmes signes particuliers. Si notre individu a été déjà mensuré, nous retrouverons sa fiche avec sa photographie, concordant parfaitement avec la fiche qui vient d'être dressée et son identité sera parfaitement établie, quel que soit le nom qu'il ait donné.

Ce système de classement par éliminations successives est des plus ingénieux et des plus simples et permet d'arriver rapidement, avec un peu d'habitude, à rétablir l'identité d'un individu qui se cache sous un faux nom.

Les troubles de la ménopause et leur traitement.

Entre 40 et 50 ans, les femmes, qui voient cesser leurs règles, éprouvent un grand nombre de troubles circulatoires et nerveux qu'on est convenu d'appeler troubles de la ménopause. Ces troubles sont des bouffées de chaleur, de la tendance aux hémorrhagies nasales ou autres, des transpirations abondantes, des accès de tachycardie, des vertiges, de la stase sanguine dans les organes du petit bassin, des hémorrhoïdes, des troubles psychiques.

M. *Kisch* recommande les *purgatifs*, qui ont été vantés de tout temps, et qui sont très efficaces dans les congestions passives, qui se traduisent par l'ensemble symptomatique de la pléthore abdominale. Une partie du sang accumulé est consumée par les sécrétions intestinales abondantes, et la transsudation diminue la pression collatérale dans les vaisseaux abdominaux. Les purgatifs sont indiqués dans les hyperémies de la muqueuse stomacale ou intestinale, du foie, du poumon, des méninges. Ils exercent une action révulsive favorable sur l'utérus et ses annexes, et sont absolument nécessaires pour combattre le météorisme qui accompagne la constipation ; cependant, on doit éviter les drastiques et n'employer que les moyens qui exercent une influence persistante et peu énergique sur l'intestin. L'auteur recommande ainsi la manne, la rhubarbe, les sels purgatifs, la pulpe de tamarin, de prune, et rejette habituellement l'aloès, la coloquinte, le séné, le jalap et d'autres drastiques, ou ne les réserve que pour certains cas particuliers. Les lavements ou les irrigations intestinales, les applications humides sur la région hypogastrique sont des moyens adjuvants très utiles. Kisch, qui exerce à Marienbad, recommande aussi les cures thermales avec

les eaux salines et chlorurées sodiques, surtout lorsqu'il y a des tendances aux congestions cérébrales, aux névralgies ou à la tachycardie.

Les bains tièdes à 30 ou 32 degrés centigrades constituent un moyen thérapeutique important dans les troubles de la ménopause. Ils stimulent les fonctions cutanées, diminuent la tendance à l'acné, à l'eczéma, au prurit ; ils exercent une action calmante sur le système nerveux, les hypéresthésies cutanées, les névralgies, et agissent par voie réflexe sur les névralgies viscérales et les troubles psychiques. D'après l'auteur, les eaux acidules gazeuses, les eaux ferrugineuses et les eaux salines sont contre-indiquées en raison des phénomènes d'excitation qu'elles produisent sur le système vasculaire ; il en est de même des bains de mer froids.

Les hémorragies de la ménopause exigent toute l'attention des médecins en raison de l'état d'anémie et de marasme qu'elles peuvent produire et qui offre un terrain tout préparé pour la production des néoplasmes malins. L'hémorrhagie est peu abondante ; le repos, l'emploi local du froid, les injections froides, les applications de glace sur l'abdomen peuvent suffire.

Si ces moyens échouent, on a recours aux tamponnements vaginaux avec la gaze iodoformée qu'on laisse en place pendant plusieurs heures. Kisch prescrit encore avec avantage une teinture hémostyptique qui contient 0,10 d'ergot par gramme de teinture, dont il donne 20 gouttes toutes les deux heures.

Un phénomène pénible de la ménopause et assez fréquent est le prurit de la vulve et du vagin. Il constitue parfois le premier symptôme de cancer du col. Pour combattre ce symptôme, Kisch recommande aux malades de prendre tous les soirs, avant de se coucher, un bain tiède à 30 degrés, additionné de 1 kilogramme de son que l'on enferme dans un sac plongé dans le bain. La durée de ce dernier doit être de vingt minutes. Après le bain, on saupoudre la vulve avec le mélange suivant : acide salicylique, 1 gramme ; amidon et talc pulvérisé, ââ 30 grammes. Cette poudre est employée plusieurs fois par jour.

Le régime a une importance considérable dans le traitement de la ménopause. A ce point de vue, on peut distinguer deux catégories parmi les femmes arrivées à la ménopause : les unes ont un tempérament sanguin et sont prédisposées à l'obésité ; les autres sont excitables, nerveuses, plutôt maigres. Aux secondes, il faut un régime très nourrissant, sans excitant, riche en amylacés, le repos du corps et de l'esprit. D'une manière générale, toutes les femmes devront éviter des rapports sexuels fréquents qui congestionnent les organes du petit bassin ; elles devront également éviter certaines influences nuisibles, comme l'action de l'eau froide sur les pieds, sur les organes génitaux ; la suppression brusque des règles pourrait alors avoir de graves conséquences.

Manuel opératoire de la version par manœuvres externes dans la présentation du siège.

M. le Dr *Pinard* décrit la version par manœuvres externes de la façon suivante : Le *premier temps* de l'opération consiste à *mobiliser le fœtus*.

Chez les multipares généralement cela est facile ; les deux extrémités sont le plus souvent accessibles et la laxité de la paroi abdominale antérieure permet de mobiliser le fœtus en totalité.

Chez les primipares, surtout dans une période rapprochée du terme, alors que la présentation est le résultat d'une véritable accommodation, les deux extrémités peuvent se dissimuler et n'offrir qu'une prise imparfaite aux mains de l'opérateur.

Tantôt la tête est plus ou moins profondément engagée sous les fausses côtes, et, dans ce cas, une portion de la masse intestinale vient s'interposer entre la paroi abdominale et l'utérus. Il faut alors chercher à déplacer la tête soit en l'abaissant latéralement, soit en déplaçant le siège, et les mouvements communiqués ont presque toujours pour résultat de rendre la tête plus superficielle et par cela même plus accessible.

Tantôt la tête est aisément préhensible et mobilisable.

Il est bien entendu que, si, après quelques tentatives, l'évolution n'avait aucune tendance à se produire, il faudrait s'arrêter. Mais il faut savoir également que si chez les multipares cette opération est facile et rapide, on éprouve plus de difficultés chez les primipares. Chez elles les pressions doivent être plus soutenues, plus prolongées, et les tentatives doivent être renouvelées.

Encore ne réussit-on pas dans tous les cas, bien qu'on ait pris toutes les précautions afin de n'avoir pas à lutter contre la contraction involontaire des muscles de la paroi.

Ainsi qu'on le voit, M. Pinard ne fait mention ni des frictions recommandées par Wigaud, ni du décubitus latéral recommandé par Hubert, car ces différents procédés sont peu efficaces, toujours douloureux pour les femmes et ne réunissent que fortuitement.

THÉRAPEUTIQUE

Manuel opératoire des injections intra-veineuses et sous-cutanées d'eau salée. Leur emploi dans le traitement du choléra, des hémorrhagies graves et de l'éclampsie.

(*Suite et fin.* Voir le nº 39.)

Anémie aiguë, suite d'hémorrhagies graves. — La transfusion du sang a donné de merveilleux résultats dans les cas de pertes de sang abondantes : mais elle est loin d'être praticable aussi souvent qu'on le désirerait. La difficulté de se procurer du sang humain en quantité suffisante pour que la transfusion soit vraiment efficace, est un des plus sérieux inconvénients. En outre, l'opération est délicate et nécessite plusieurs aides. Enfin, le sang transfusé est loin d'agir en totalité; une bonne partie des hématies paraît se détruire rapidement, ainsi qu'il résulte des expériences de Hunter sur la durée des globules rouges après la transfusion. Et l'injection intra-vasculaire d'eau salée, de sérum artificiel, est souvent capable de donner d'aussi bons résultats que la transfusion du sang.

Quelle est, en effet, la cause immédiate de la mort par hémorrhagie ? On admettait, en général, qu'elle était due au manque de globules rouges ou plutôt d'oxygène, qu'elle était pour ainsi dire le résultat de l'asphyxie ; aussi, pour la transfusion, prenait-on du sang artériel ou du sang veineux oxygéné au contact de l'air.

Mais prenons pour exemple, une femme en couches qui a perdu beaucoup de sang et que l'on parvient à ranimer : peut-on admettre que les excitants ordinaires aient tout à coup augmenté le nombre des globules rouges, ou oxygéné le peu qui reste ? En voyant tous les symptômes s'amender, aussitôt que l'action du cœur se rétablit et que le pouls réapparaît dans les artères périphériques, on se demande plutôt « si l'insuffisance du contenu du système vasculaire et la faiblesse de la pression sanguine qui en résulte, ne sont pas les facteurs qui amènent le trouble évident de la circulation, les symptômes graves, voire même la mort », et l'on voit finalement que la disproportion purement mécanique entre la quantité du sang et la capacité des vaisseaux cause la mort, plutôt que l'insuffisance absolue ou l'altération des substances nutritives contenues dans le sang.

On sait que lorsque la pression sanguine est diminuée du tiers dans les grosses artères, elle devient nulle dans les plus petites et dans les capillaires comme dans les veines. Le pouls est petit, filiforme, incomptable ; on ouvre une veine, il ne sort pas de sang. Il n'en arrive plus au cœur, qui travaille en vain : le peu de sang qui se trouve dans les poumons y est fort bien oxygéné, mais y reste ; et bientôt tout le sang de l'organisme perd dans les capillaires son oxygène, puis devient inutile. La mort arrive donc autant par l'absence de circulation que par insuffisance de l'hématose ; l'individu meurt par stase sanguine encore plus que par asphyxie.

Une preuve encore que la cause de la mort, dans l'anémie aiguë, n'est pas tant la diminution des globules rouges que l'abaissement de la pression sanguine, l'absence de circulation, sera ce fait : un nombre de 500,000 globules rouges par millimètre cube est compatible avec la vie dans l'anémie chronique, tandis que dans l'anémie aiguë fatale, le chiffre tombe rarement au-dessous de 2.000,000 (Pregaldino). C'est là le point capital de la question : *le taux des globules sanguins peut considérablement s'abaisser sans qu'il y ait mort, pourvu qu'on puisse conserver la circulation vasculaire par des moyens artificiels* : ce qui est le but de l'injection intra-vasculaire d'eau salée. Il s'agit moins de remplacer le sang comme tel, que d'augmenter purement et simplement la quantité du fluide en circulation. Ainsi l'on parera au danger imminent, c'est-à-dire à l'arrêt de la circulation par disproportion purement mécanique entre la capacité et le contenu du système vasculaire. Ce premier danger écarté, le sang appauvri réparera ses pertes sous l'influence des phénomènes ordinaires de la nutrition, comme après toute hémorrhagie ; et ultérieurement se reconstitueront les hématies, l'albumine et la fibrine perdues.

Il serait oiseux de rappeler comment, chez des lapins et des chiens, qui, après avoir perdu la moitié ou les 2/3 de leur sang, se trouvaient dans un état voisin de la mort, on a obtenu de cette injection de sérum artificiel un effet surprenant sur l'action du cœur et l'élévation de la pression sanguine, sur la respiration et toutes les autres manifestations de la vie : cette pratique a mieux, à son actif, que les expériences physiologiques et les succès de laboratoire : assez nombreux déjà, chez l'homme, sont les résultats heureux, publiés jusqu'ici, inoubliables pour qui les a une fois constatés.

Si donc, chez un malade anémié à l'extrême par une grave hémorrhagie, les moyens ordinaires (position déclive, autotransfusion, piqûres d'éther, boissons fortement alcoolisées) ne suffisent pas, si le pouls radial devient incomptable, le collapsus imminent, l'indication est formelle : il faut faire l'injection intra-veineuse de sérum artificiel, ou simplement d'eau salée, d'une solution de sel de cuisine à 6 oo/oo.

La quantité minimum à injecter peut être estimée à 500 grammes : dans la plupart des cas publiés, cette quantité a été dépassée, et l'on ne doit pas craindre d'injecter un litre, un litre et demi, si une dose moindre reste sans effet.

Le plus souvent, une transfusion a suffi ; mais dans quelques observations, dix ou vingt heures après, l'état redevenu grave, la menace du collapsus, ont nécessité une seconde ou une troisième injection.

Les effets immédiats de cette transfusion, faite à temps chez un malade qu'une abondante hémorrhagie a réduit au collapsus, peuvent se résumer en deux mots : c'est un mourant revenant à la vie. Le pouls reparaît, la respiration se régularise, la connaissance revient : quelques heures plus tard sont rendues les premières urines. Et la réaction franche, la guérison définitive après ces transfusions est ici plus fréquente que dans le choléra, puisque l'anémie aiguë par hémorrhagie, traumatique ou puerpérale, à laquelle elles parent, constitue souvent le seul danger.

Nous venons de parler de la transfusion « faite à temps » : car des cas ont été rapportés où le malade est mort, tandis qu'on se préparait à la pratiquer. En réalité, il faut bien se persuader qu'il n'est jamais trop tard, et l'on peut appliquer à la transfusion d'eau salée ce que disait Roussel de la transfusion du sang : « Il faut y avoir recours, lors même que le blessé rend ses *avant-derniers* soupirs. » C'est, bien entendu, l'injection intra-veineuse qu'on pratiquera.

Les hémorrhagies traumatiques, les hémorrhagies graves qui surviennent pendant la grossesse ou après l'accouchement sont le vrai champ d'action de la transfusion ; il n'est plus permis à l'accoucheur de laisser périr une femme de métrorrhagie sans avoir eu recours à ce moyen, quand les autres ont échoué. Nous avons vu combien la pratique en est simple, facile à improviser : le médecin de campagne le moins bien assisté pourra certainement, avec l'eau salée, sauver littéralement plus d'une vie. Et quels immenses avantages peut en tirer le chirurgien d'armée, pour parer aux conséquences immédiates des graves hémorrhagies chez les blessés de guerre.

Mais aux cas de mort imminente par perte de sang, ne se bornent pas les indications de la transfusion d'eau salée ; elle est aussi indiquée dans ces cas de collapsus graves, dans lesquels on peut admettre avec probabilité (Schwarz) la parésie des muscles d'une région vasculaire étendue, comme cela a lieu après les opérations dans la cavité abdominale, ou après une longue intervention suivie d'une dépression accentuée du système nerveux. Dans ces cas de collapsus après des opérations chirurgicales laborieuses, il est d'ailleurs bien difficile de faire la part du chloroforme, de l'acide phénique, de la perte de sang, du refroidissement du corps pendant une opération de longue haleine, de l'influence de la lésion en elle-même sur le système nerveux central ou de ce qu'on a appelé le shock ; l'action des transfusions de sérum en de-

vient plus difficile à apprécier : les résultats qu'elles donnent ici sont d'ailleurs inférieurs à ceux qu'on obtient dans les cas d'anémie aiguë post-hémorrhagique.

Rappellerons-nous quelques exemples ? Les premiers datent déjà de loin : les résultats obtenus par Schwarz (de Halle) dans des expériences sur les animaux, ont conduit Bischoff, en 1881, à faire sur une femme atteinte d'hémorrhagie grave puerpérale, une transfusion d'eau salée : il lui injecta 1,250 grammes d'une solution de 6 pour 1,000 de chlorure de sodium, additionnée de quelques gouttes de potasse caustique. La malade guérit. Puis, Heyder rapportait avoir sauvé une femme anéantie par une métrorrhagie en lui injectant dans les veines 450 grammes d'eau salée. Pregaldino cite des exemples de femmes auxquelles il injecta avec succès 800 centimètres cubes de solution salée sous la peau à la suite d'hémorrhagies causées par avortement. Michaelis obtint un succès dans un cas d'hématémèse menaçant la vie ; Max Kortüm un autre après métrorrhagie. Roux (*Revue médicale de la Suisse romande*, mai 1884) rapporte quatorze observations : huit d'anémies aiguës post-hémorrhagiques, cinq de collapsus consécutifs à des traumatismes graves, une d'intoxication par le chloroforme, dans lesquelles les malades ont été traités par l'injection intraveineuse d'eau salée, neuf ont guéri. La quantité de liquide injectée a varié entre 450 et 1,500 grammes.

Dans les hôpitaux de Paris, cette pratique a aussi donné des succès. M. Porak, chez des femmes anémiées à l'extrême par des hémorrhagies de la délivrance, devant la difficulté d'obtenir du sang humain et les suites malheureuses que dans un cas la transfusion sanguine a données pour celui qui fournissait le sang, a remplacé plusieurs fois le sérum naturel par le sérum artificiel et a pu quelquefois constater d'excellents résultats (Bernheim). Dans quelques services chirurgicaux, cette transfusion d'eau salée a été employée contre l'anémie aiguë et le collapsus post-opératoires : nous connaissons, par ouï-dire, quelques succès qui, malheureusement, n'ont pas encore été publiés. Cette année même, dans le service de notre maître, M. Championnière, nous avons pu, avec notre collègue et ami, Gervais de Rouville, obtenir par ce moyen un résultat absolument heureux, dans un cas désespéré d'anémie aiguë post-opératoire et de collapsus après une hystérectomie vaginale, longue et laborieuse, pour volumineux fibrome.

Eclampsie. — A la dernière réunion de la Société obstétricale de France, en mars 1893, MM. Porak et Bernheim ont communiqué les observations de six cas d'éclampsie traités par les injections sous-cutanées d'eau salée. Leurs résultats étaient encourageants. Dans un travail récent (1), M. Bernheim apporte deux nouveaux cas ainsi traités, et fait une étude complète de ce moyen de traitement : il a pour but, en rétablissant la sécrétion urinaire, en augmentant la quantité des urines émises, de favoriser l'élimination des produits toxiques, dont l'action sur le système nerveux cause l'éclampsie. On cherche ainsi à obtenir des résultats analogues à ceux que donne le régime lacté dans la période prééclamptique de l'intoxication gravidique.

On sait quel résultat merveilleux donne le traitement préventif par le régime lacté, comparé aux insuccès de la thérapeutique curative de l'éclampsie déclarée, qui reste, en dépit des recherches et des discussions, le gros point noir de la pathologie obstétricale. Jamais on ne répétera donc avec assez d'insistance qu'il est d'une importance capitale *d'examiner systématiquement les urines de toutes les femmes enceintes, pendant les derniers mois de la grossesse*, pour dépister rapidement l'albuminurie et la traiter en conséquence par le régime lacté.

Ici même, M. Lepage a donné le traitement de l'albuminurie puerpérale (n° du 4 juillet 1891), et la pathogénie et le traitement de l'éclampsie (n° du 24 octobre 1891). On y retrouvera, dans leurs détails, toutes les indications nécessaires ; et nous n'y ajouterons que ce que les injections d'eau salée apportent de nouveau dans le traitement de l'éclampsie, leur raison d'être et leurs résultats.

Voici les conclusions de M. Bernheim :

« L'ensemble symptomatique désigné sous le nom d'éclampsie résulte d'une toxémie et de l'action des substances toxiques sur le système nerveux.

La toxémie provient d'une production exagérée de toxines dans l'organisme, et d'*une élimination insuffisante par le filtre rénal.*

La maladie comprend deux périodes : une période prééclamptique généralement appelée albuminurie gravidique, et une seconde période, l'éclampsie proprement dite.

Le traitement de la première période, ou traitement préventif de l'éclampsie, a pour objet de diminuer la production de matières toxiques, et de favoriser l'élimination de celles d'entre ces matières dont la production échappe à toute thérapeutique. Ce traitement consiste essentiellement dans le régime lacté exclusif. Comme auxiliaire on peut y joindre le naphtol, agent de l'antisepsie intestinale, et l'oxygène.

Pendant toute la durée du travail de l'accouchement, il est bon de maintenir les femmes albuminuriques dans l'anesthésie chloroformique. On supprime ainsi l'élément nerveux, l'un des facteurs dans la genèse de l'éclampsie.

Le traitement de la seconde période, ou éclampsie déclarée, peut être obstétrical, symptomatique, ou curatif.

Le traitement obstétrical doit consister uniquement à terminer l'accouchement le plus rapidement possible, dans l'intérêt de la mère ou de l'enfant, toutes les fois que le col de l'utérus est suffisamment dilaté pour qu'on puisse le faire sans danger pour la mère. L'accouchement provoqué et l'accouchement forcé doivent être rejetés de la pratique.

Le traitement symptomatique a pour but, en faisant cesser les convulsions, de diminuer les dangers inhérents à ces convulsions.

Il n'a aucune action sur la maladie, dont la convulsion n'est que l'un des symptômes. Les agents de ce traitement sont le chloroforme et le chloral. Ils peuvent être administrés simultanément.

Le traitement symptomatique suffit dans un certain nombre de cas, ceux où la toxémie est moindre et le rôle de l'élément nerveux plus con-

(1) Dr M. Bernheim. Traitement de l'éclampsie puerpérale, en particulier par les injections sous-cutanées d'eau salée.

sidérable. *Le diagnostic de ces cas se fait d'après la quantité et la qualité des urines.*

Quand l'urine d'une éclamptique est abondante, voisine de la normale, qu'elle est claire, limpide, et non foncée, noirâtre, c'est que la toxémie est peu considérable et la maladie bénigne.

Le danger réside alors uniquement dans les complications possibles de la convulsion, et les anesthésiques en supprimant les convulsions suffisent à amener la guérison.

Le traitement curatif, traitement rationnel, convient surtout aux cas graves d'éclampsie, ce qui ne veut pas dire que son usage soit interdit dans les autres cas. La saignée, en débarrassant l'organisme d'une partie des toxines formées, diminue la fréquence des attaques convulsives, ou peut même les arrêter définitivement. Mais elle est en général insuffisante, et de plus ne peut être employée dans tous les cas.

Les injections sous-cutanées d'eau salée ont une action curative certaine. D'une part, elles abaissent le taux de la toxémie, en diluant les toxines dans une plus grande masse liquide. D'autre part, elles favorisent l'élimination de ces toxines, en rétablissant ou en augmentant la sécrétion urinaire. Elles constituent par excellence un traitement rationnel de l'éclampsie, et leur emploi, seules, ou, dans les cas très graves, concurremment avec la saignée, peut donner les meilleurs résultats. »

Pour établir le pronostic de l'éclampsie, MM. Porak et Bernheim se sont fondés sur la quantité des urines, la gravité étant en raison inverse de la quantité des urines émises par l'éclamptique. Sur les 14 femmes observées, six urinaient des quantités normales ou suffisantes, un litre environ ; leur maladie fut jugée bénigne : elles guérirent par le régime lacté seul, sans aucun traitement médical ou obstétrical. Huit n'urinaient pas du tout, ou rendaient une urine rare, foncée en couleur, noire. Elles furent traitées par l'injection sous-cutanée d'eau salée, à doses variant entre 200 grammes et un litre, unique ou plusieurs fois répétée, selon l'état de la malade. Les injections salées eurent pour effet manifeste d'augmenter ou de rétablir la sécrétion urinaire, et, toutes les fois que les malades présentaient encore des attaques au moment des injections, ces attaques ont cessé plus ou moins vite, après une ou deux injections d'eau salée (200 grammes à un litre). Six guérisons furent ainsi obtenues. Les deux cas malheureux, dit M. Bernheim, ne modifient pas sensiblement l'impression favorable que produit le résultat des autres observations : dans l'un de ces deux cas, le traitement avait amené la cessation des attaques, le retour de l'intelligence et le rétablissement de la sécrétion urinaire ; l'impossibilité de continuer le traitement par suite du départ de la malade rend compte du dénouement fatal. Le second décès est attribuable à l'heure tardive à laquelle le traitement a été commencé. La femme à son arrivée à l'hôpital était considérée comme perdue ; dans ce cas particulièrement grave, la saignée aurait peut-être pu parer au danger immédiat, et donner au traitement par les injections le temps de produire l'effet habituel.

Evidemment, l'on ne peut encore, se fondant sur ce nombre restreint de cas, porter sur la valeur des injections d'eau salée un jugement trop optimiste. Mais l'on ne peut nier que ses premiers résultats soient encourageants. Contre une maladie de la gravité de l'éclampsie, il faut user de toutes les armes à notre disposition : et ce que le Dr Galliard disait déjà du sérum injecté dans les veines des cholériques, on peut le répéter à propos de cette médication : on peut regretter de l'avoir omise ; on ne se repentira jamais de l'avoir pratiquée. De nouveaux essais de traitement par ce moyen pourront seuls fixer sa valeur définitive.

Tel est l'emploi qu'on a fait des injections salines dans le traitement du choléra, de l'anémie aiguë par hémorrhagies graves, et de l'éclampsie. Puisque nous parlons de sérum artificiel, quelques mots sur le traitement de *la neurasthénie* par les injections hypodermiques de sérum artificiel concentré, qui vient d'être mis en actualité par la publication de l'ouvrage de M. J. Chéron (Introduction à l'étude des lois générales de l'hypodermie), et par les communications de M. Chéron et de M. de Fleury au récent Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences, à Besançon.

Ces injections ont été faites dans un but tout différent de celui que l'on veut obtenir dans les affections, dont nous avons parlé plus haut. Leur action est assez semblable, au dire des auteurs, à celui qu'obtient Brown-Séquard avec l'injection de liquides organiques. Dans une note adressée à l'Institut en 1892, M. Luton émettait cette proposition « qu'il n'y avait aucun des effets obtenus avec lesdits liquides organiques qu'on ne puisse reproduire à l'aide de certaines solutions salines, qualifiées de sérums artificiels et dont le phosphate de soude est l'agent essentiel ». Ces injections salines de Luton sont faites à des doses très minimes, cinq grammes, et leurs applications thérapeutiques sont les suivantes : débilités organiques, affaiblissement sénile, affections tabétiques, développement tardif chez l'enfant, athrepsie, dyspepsie chronique, etc...

M. J. Chéron a remarqué aussi que toutes les injections hypodermiques ont une action semblable, pourvu qu'elles ne renferment pas de produits toxiques. Les solutions les plus variées amènent des effets semblables : l'explication en serait, pour lui, en ce que les injections hypodermiques élèvent toujours la tension artérielle, et que l'abaissement de cette tension est un fait primordial, dans beaucoup d'états de dépression, en particulier dans la neurasthénie. Aussi fait-il des injections plus volumineuses que ne les pratiquait M. Luton. il injecte aux neurasthéniques 5 à 40 grammes du sérum suivant :

Chlorure de sodium.........	2 grammes.
Sulfate de soude..........	8 gr.
Phosphate de soude.......	4 gr.
Acide phénique neigeux....	1 gr.
Eau distillée et stérilisée...	100 gr.

Sous l'influence de ces injections, dit M. Chéron, les neurasthéniques dorment, reprennent des forces, de l'appétit, se débarrassent de leurs douleurs, céphalalgie, rachialgie, récupèrent la mémoire et le travail intellectuel.

M. Mathieu regarde comme incontestable que de petites transfusions de sérum, de 25 à 50 ou 100 centimètres cubes, relèvent la tonicité, et il les emploie à l'hôpital d'une façon courante dans un grand nombre de cas ; il a tendance à les substituer souvent aux injections de caféine. (*Gazette des hôpitaux*, 7 septembre 1893.)

M. de Fleury, en communiquant au Congrès de Besançon, la méthode de traitement qu'il a employée contre la neurasthénie, rapporte aussi que la fatigue physique, l'inappétence, l'impuissance génitale, la fatigue intellectuelle, cèdent promptement aux injections hypodermiques méthodiques de sérum artificiel concentré, dont les effets sont pour le moins aussi satisfaisants que ceux que l'on obtient avec les injections de suc orchitique ou de suc nerveux.

JOURDAN,
Interne des hôpitaux de Paris.

PŒDIATRIE

Traitement des bronchites chroniques chez les enfants.

Lorsqu'on est appelé à soigner une bronchite chez un enfant qui en a déjà eu plusieurs, il y a lieu de se demander d'où vient cette tendance aux récidives. La même question se pose au sujet de la cause qui fait qu'une bronchite se perpétue au delà du temps ordinaire, tourne à la chronicité.

La réponse à ces questions sera obtenue :

Par l'examen des divers organes et appareils ;

Par une enquête sur les maladies antérieures ;

Sur l'hérédité ;

Sur l'hygiène de l'enfant.

Il est logique de commencer par l'examen des voies respiratoires.

D'abord les *fosses nasales* et le *pharynx* devront être explorés. Il est fréquent de voir des bronchites à répétition chez des sujets ayant de la rhinite chronique, du catarrhe chronique ou des végétations adénoïdes du pharynx nasal. On peut admettre que souvent c'est en créant une imperméabilité du nez et en obligeant l'enfant à respirer habituellement par la bouche que les maladies des fosses nasales favorisent l'apparition des catarrhes bronchiques. On s'efforcera donc de rétablir la perméabilité des fosses nasales par des lavages appropriés à l'eau boriquée saturée, par des cautérisations avec le galvano-cautère ; on combattra la pharyngite par les attouchements avec des solutions iodo-iodurées ; s'il y a des végétations adénoïdes du pharynx nasal, on les enlèvera.

La bronchite peut être provoquée ou entretenue par une *affection chronique du poumon, de la plèvre ou du médiastin*. Il faudra donc s'occuper de porter directement les efforts thérapeutiques du côté de l'organe primitivement atteint. Ainsi l'adénopathie trachéo-bronchique, qui résulte le plus souvent de poussées réitérées de bronchites, peut par un cercle vicieux contribuer à en provoquer de nouvelles ; l'existence d'une pleurésie chronique, d'une sclérose du poumon fourniront des indications thérapeutiques. L'emphysème, qui résulte de la broncho-pneumonie, d'accès d'athme nombreux, engendre et entretient le catarrhe bronchique.

C'est dans la *persistance d'un agent infectieux au fond des bronches dilatées* que trouve son explication la reviviscence périodique de la bronchite chez des sujets ayant eu de la bronchectasie à la suite d'une coqueluche prolongée, d'une bronchopneumonie de longue durée. On soumettra dès lors à une antisepsie aussi complète que possible, par les divers moyens dont nous disposons, le malade même dans l'intervalle des poussées bronchitiques (inhalations d'air comprimé chargé de vapeurs antiseptiques d'eucalyptol, de gaïacol).

Trouve-t-on une *maladie du cœur congénitale ou acquise*, engendrant, soit par fluxions réitérées, soit par stase veineuse, une hyperémie habituelle de la muqueuse bronchique, — on doit se préoccuper avant tout de soutenir la contractilité cardiaque, de pratiquer une déplétion de la circulation (les toniques du cœur dans le premier cas, les purgatifs, les diurétiques dans le second trouvent leur application). C'est également dans l'existence d'une gêne cardio-pulmonaire que la fréquence des bronchites chez les sujets mal conformés du thorax trouve son explication ; la *bronchite des gibbeux* doit être soignée comme celle des cardiopathes primitifs.

Si l'examen des urines nous révèle de l'albuminurie, nous pensons que c'est là une cause certaine de troubles circulatoires (œdème du poumon) et peut-être d'élimination par la muqueuse bronchique de substances excrémentitielles dont l'issue normale par le rein se trouve entravée. C'est par le régime lacté, par les drastiques que l'on traite les *bronchites des albuminuriques.*

Puis vient l'enquête sur l'état diathésique du sujet. Les *bronchites des asthmatiques* sont justiciables des moyens capables de modifier les angio-névroses dont l'asthme est un type.

La cause la plus fréquente de prédisposition aux catarrhes bronchiques et de leur tendance à la chronicité est la diathèse arthritique et le lymphatisme (scrofule).

Pour différentes raisons les *neuro-arthriques* sont enclins à contracter facilement la bronchite : l'instabilité si curieuse de l'équilibre vasomoteur chez eux, l'adultération de leurs humeurs par les autres déchets des oxydations intra-cellulaires imparfaites, leurs sudations profuses sont les plus importantes, celles qui fournissent le meilleur point d'appui à la thérapeutique. On organisera chez eux l'hygiène de l'arthritisme : on régularisera leur circulation cutanée en l'activant par les frictions sèches et alcooliques, thérébentinées ; on améliorera du mieux possible le mouvement nutritif chez eux par les alcalins, par une alimentation appropriée.

Quant aux *lymphatiques*, qui en vieillissant deviennent souvent des arthritiques, on utilise chez eux en première ligne les iodiques, le tannin. On élèvera aussi le taux de la nutrition ralentie par les mêmes moyens que chez les arthritiques (frictions, etc.)

L'enquête sur la manière de vivre de l'enfant nous permettra de corriger certaines erreurs dans son *habillement* (nécessité de porter constamment de la flanelle sur la peau), dans les *heures où on le sort*, dans ses *jeux*.

Tout cela étudié au point de vue de la prophylaxie, il y a d'ailleurs à mettre en œuvre les moyens médicamenteux.

Les *indications dans les bronchites chroniques* comme dans toute bronchite sont *triples* :

1º On doit s'efforcer de *modifier la nature et l'abondance des sécrétions.*

Trop visqueuses, elles sont difficilement expulsées, malgré la toux la plus violente ; trop toxiques par les fermentations qui s'y développent lorsqu'elles séjournent dans les bronches, elles nuisent à la santé de l'enfant par la résorption. On doit donc les *fluidifier*, les *désinfecter*. Les substances les plus convenables, consacrées par la tradition, sont les balsamiques. Parmi ces substances la plupart sont antiseptiques à des degrés divers : acide benzoïque et benzoates, térébenthine et ses dérivés (terpine et terpinol), copahu, cubèbe. Il y a les antiseptiques vrais comme l'eucalyptus, et surtout la créosote et ses dérivés, le goudron. Puis, les sulfureux, sulfites et hyposulfites. Les balsamiques ont encore la propriété de diminuer la quantité de la sécrétion.

2º On doit se préoccuper de *favoriser l'issue des crachats*, tant qu'on n'en a pas tari la source.

Des expectorants trouvent là leur indication : les préparations d'ipéca, d'antimoine, de chlorhydrate d'ammoniaque agissent ainsi. Mais leur emploi suppose un assez bon état des voies digestives.

3º Il convient de *maintenir la toux dans les limites raisonnables* de force et de fréquence. C'est un phénomène à coup sûr indispensable et salutaire, mais quand il n'est pas excessif. Les opiacés, la belladone, les préparations cyanhydriques sont la base de cette médication de la toux.

Les autres indications résident dans la *révulsion* modérée, mais fréquente sur le thorax, — dans l'entretien de la bonne contractilité cardiarque et de la contractilité vasculaire et bronchique (ergotine, digitale, etc.) dans les soins à donner à l'alimentation et à la digestion.

P. Le Gendre.

(*Revue d'Obstétrique et de Pœdiatrie.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'Assistance médicale gratuite.

Par une nouvelle circulaire qui date déjà de quelques semaines, le ministre de l'Intérieur invite les Préfets à constituer les bureaux d'Assistance prévus par la loi du 15 juillet 1893.

On se rappelle que l'article 10 est ainsi conçu :

Dans chaque commune un bureau d'Assistance assure le service de l'Assistance médicale.

La commission administrative du bureau d'Assistance est formée par les commissions administratives réunies, de l'hospice et du bureau de bienfaisance ou par cette dernière seulement, quand il n'existe pas d'hospice dans la commune.

A défaut d'hospice ou de bureau de bienfaisance, le bureau d'assistance est régi par la loi du 21 mai 1873 (articles 1 à 5), modifiée par la loi du 5 août 1879, et possède, outre les attributions qui lui sont dévolues par la présente loi, tous les droits et attributions qui appartiennent au bureau de bienfaisance.

Dans les communes où existent un hospice et un bureau de bienfaisance, dans celles qui n'ont qu'un de ces deux établissements (car dans la discussion de la loi les deux cas ont été spécifiés), il n'y a rien à innover, et la circulaire le dit expressément.

Mais dans les 20.000 communes qui sont absolument dépourvues de tout établissement d'assistance, les maires vont être invités à faire désigner par leurs conseils municipaux, à la session de novembre, les membres dont la nomination est réservée à ces conseils.

Ils devront ensuite adresser aux Préfets leurs propositions pour la désignation des membres dont la nomination est réservée aux Préfets.

En effet, la loi du 21 mai 1873, modifiée par celle du 5 août 1879, stipule :

Article 1er. — Les commissions administratives des hospices et hôpitaux et celles des bureaux de bienfaisance sont composées du maire et de six membres renouvelables. Deux des membres de chaque commission sont élus par le conseil municipal. Les quatre autres sont nommés par le Préfet.

Article 3. — La présidence appartient au maire ou à l'adjoint ou au conseiller municipal remplissant dans leur plénitude les fonctions de maire.

Le Président a voix prépondérante en cas de partage.

Ces commissions nomment tous les ans un Vice-Président. En cas d'absence du maire et du Vice-Président, la présidence appartient au plus ancien des membres présents et à défaut d'ancienneté au plus âgé.

Les fonctions de membre des commissions sont gratuites.

Les articles 2 et 4 prévoient l'augmentation dans certains cas du nombre des membres de la commission et le renouvellement de leur mandat. Les délégués du conseil municipal sont renommés à la suite de chaque renouvellement du conseil et voient leurs pouvoirs expirer avec ceux du conseil qui les a élus. Les délégués du Préfet sont sortants par quart, c'est-à-dire qu'il en sort un chaque année, son mandat est d'ailleurs renouvelable.

Il peut paraître surprenant qu'on s'occupe de constituer les bureaux d'Assistance avant d'avoir tracé les règles générales du fonctionnement du service : la circulaire du ministre montre pourtant que la mise à exécution de la loi ne sera pas indéfiniment retardée.

Et puisque, le mois prochain, les conseils municipaux vont désigner leurs délégués, puisque les Préfets nommeront les leurs à bref délai, nous ne saurions trop inviter nos confrères à ne pas se désintéresser de cette question et à intervenir, autant que leurs relations ou leur autorité morale le leur permettent dans ces désignations.

Ils doivent bien comprendre l'importance qu'aura cette première constitution des bureaux d'assistance : C'est de leur composition que dépendra, en partie du moins, le bon fonctionnement du service.

Les maires n'auront qu'une pensée : peupler de leurs créatures les bureaux d'Assistance. Les médecins doivent avoir une pensée plus haute : faire désigner ceux qui sont, par leur caractère et leur impartialité, le plus aptes à remplir les fonctions dont ils seront investis.

Leur intervention peut avoir les plus heureux résultats : ils seraient trop coupables de rester indifférents sous leur tente.

Dr A. Gassot.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat des médecins du Sud-Finistère.

16 *août* 1893.

Présents : MM. Dubuisson, *Président* : Coffec et Gaumé, syndics, Pilven, Floch, le Coquil, Rizun, Colin, Chauvel, Richard, Bouju, Giffo, *Secrétaire-Trésorier*.

Le Secrétaire fait connaître que vingt-quatre médecins du Sud-Finistère lui ont adressé leurs adhésions.

M. le Moaligou, Président du Syndicat de Quimperlé dit qu'il fera partie du Syndicat du Sud-Finistère, ainsi que ses collègues M. Martin, *de Quimperlé*, Grias et Ollivier, *de Pont-Aven*, à la condition expresse que le Syndicat tienne au moins deux réunions par an ; ce qui est adopté à l'unanimité. Ces nouvelles adhésions portent à 28 le nombre des membres du Syndicat.

Exercice illégal.

Sur la proposition de M. le Président, le Syndicat décide d'adresser aux personnes qui seront désignées comme exerçant illégalement la médecine, une lettre d'avertissement ainsi rédigée :

Le Syndicat des Médecins du Sud-Finistère, constitué conformément à la loi du 1er décembre 1892, invite M.... à cesser l'exercice de la médecine, sous peine de poursuites.

Le Syndicat.

Chacun des membres syndiqués devra faire connaître au Secrétaire-Trésorier du Syndicat les noms des personnes qu'il veut faire avertir.

Exercice de la pharmacie.

Après la lecture d'une circulaire de l'Union des Syndicats médicaux de France, en date du 24 juillet 1893, le Syndicat s'associe aux desiderata formulés dans cette circulaire au sujet des articles 11 et 12 de cette loi, et prie le Secrétaire de faire connaître sa décision à M. le docteur Porson, Président de l'Union des Syndicats.

Assistance médicale.

A propos de l'Assistance médicale dans les campagnes et des rapports des médecins avec les Sociétés de secours mutuels, le Syndicat émet un avis favorable à l'établissement d'un tarif par visite et par kilomètre parcouru et repousse le tarif par abonnement. M. le docteur Bouju, médecin-inspecteur des enfants assistés, déclare s'abstenir de donner son avis sur cette dernière question.

Service militaire.

En ce qui concerne le vœu de l'Union au sujet du service militaire des étudiants en médecine, le Syndicat rappelle que M. Dubuisson l'a présenté au Conseil Général et fait adopter par cette assemblée.

Réunion. Délégation à l'Union.

Le Conseil adopte la date du dimanche 19 novembre 1893, pour la prochaine réunion du syndicat. Cette réunion aura lieu à 3 heures et sera suivie d'un banquet, qui aura lieu à 6 heures.

M. Giffo, *Secrétaire-Trésorier*, est désigné pour se rendre à Paris le 18 octobre prochain, à la prochaine séance de l'Union des Syndicats.

Le Secrétaire,
Dr Giffo.

Syndicat médical de l'arrondissement de Corbeil (Seine-et-Oise).

A M. le Président de l'Union des Syndicats.

Monsieur et honoré Président,

Dans la circulaire que vous avez bien voulu nous adresser, en date du 23 Juillet 1893, nous annonçant que le Bureau de l'Union des Syndicats médicaux de France se réunirait à Paris, le 18 octobre prochain, vous nous invitiez à convoquer d'urgence les confrères qui font partie de notre Syndicat, afin de recueillir leur avis sur plusieurs questions qui devaient être résolues à votre première réunion.

Le Bureau du Syndicat de l'arrondissement de Corbeil (Seine-et-Oise), après avoir cependant jugé opportun de réunir notre Société, a pensé que, vu les circonstances actuelles (vacances, élections, ouverture de la chasse), les confrères syndiqués seraient en nombre insuffisant pour délibérer, notre prochaine assemblée devant se tenir du reste au mois d'octobre prochain.

Je viens donc, au nom de notre Bureau, vous faire part, le plus brièvement possible, de nos idées, certain qu'en principe elles seront approuvées par la majorité des membres de notre Syndicat.

Projet de loi sur l'exercice de la pharmacie.

Demander que cette loi soit libellée en bon français : phrases courtes, nettes et précises.

Article XI. — Donner aux médecins le droit de fournir des médicaments à leurs malades, alités ou consultants, dont le domicile est éloigné de 4 kilomètres de toute pharmacie, sans avoir, bien entendu, d'officine ouverte.

Bien définir, par le règlement d'administration prévu au second paragraphe, les circonstances et les cas urgents dans lesquels le médecin sera autorisé à délivrer certains remèdes. Il faut, en effet, éviter les équivoques. Il est quelquefois difficile de déterminer le moment où un cas est urgent ou le devient. C'est une question de simple appréciation ; aussi, que de matières à contestations ou discussions entre médecins et pharmaciens), si ce règlement n'est pas nettement établi.

Article XII. — Restreindre la faculté laissée au pharmacien de délivrer certains médicaments ; la limiter nettement et arrêter une liste de ces médicaments par le règlement d'administration prévu.

Faire, en un mot, pour les pharmaciens, ce qu'on veut établir pour les médecins en dressant pour ces derniers une liste applicable aux cas d'urgence et dans certaines circonstances. Sinon, l'exercice de la médecine deviendrait difficile, parfois impossible, et le médecin arriverait infailliblement après le pharmacien dans bon nombre de cas.

Article XV. — Cet article n'est pas précis.

Cependant, puisque la vente de certains médicaments simples et de plantes médicinales inscrites au Codex devient entièrement libre, l'herboriste, de ce fait, me semble supprimé.

Admission dans les hôpitaux des malades non indigents.

Nous demandons l'hôpital aux pauvres seuls (dont l'indigence doit être, au besoin, constatée) et à l'exclusion de toute autre catégorie, le nombre des lits dans les hôpitaux n'étant pas encore suffisant.

Rapport des médecins avec les Sociétés de secours mutuels.

Nous demandons le traitement des sociétés de secours mutuels au tarif ordinaire, minimum, soit.

Le médecin, généralement isolé, se trouve, en effet, dans une situation fâcheuse, indigne et quelquefois humiliante (concurrence, rabais, etc.), en face d'une collectivité le plus souvent puissante instituée en Société, qui, par ses statuts mêmes, n'est en réalité qu'une pseudo-société d'assurances — et que ces associations végètent ou prospèrent, les médecins sont toujours lésés dans leurs intérêts.

Il y a lieu d'étudier, si possible, avec la Ligue Nationale de la Prévoyance et de la Mutualité, les moyens de sauvegarder les intérêts du Corps médical. Plus tard, il faut l'espérer, par une entente avec cette Ligue dont la puissance va certainement s'étendre sur toutes les Sociétés de secours mutuels, l'Union des Syndicats médicaux de France, les Syndicats en particulier, même, pourront peut-être arriver à déterminer certaines bases d'appréciations pour les honoraires des médecins et à les imposer aux Sociétés. Mais il existe bien des obstacles à surmonter.

En tout cas, nous comptons sur l'Union des Syndicats de France pour étudier et résoudre, nous le souhaitons vivement, toutes ces questions intéressantes, et notre dévoué concours vous est acquis à l'avanee.

Le Président,
Dr Combet.

Syndicat médical de la Haute-Saône.

A M. le Président de l'Union des Syndicats.

Monsieur le Président et honoré Confrère,

Je m'empresse, en ma qualité de président du Syndicat médical de la Haute-Saône, de répondre à votre circulaire du 9 août, que vous avez bien voulu m'adresser.

C'est par erreur, que vous me faites observer que notre Société ne fait pas partie de l'Union des Syndicats médicaux. Dans le compte rendu de notre Assemblée Générale du 31 juillet 1885, je lis, page 21 :

« L'assemblée générale déclare que le Syndicat médical de la Haute-Saône adhère complètement à l'Union des Syndicats et qu'elle accepte les résolutions prises dans la séance du 27 juillet 1884. »

Donc, depuis cette époque, notre Syndicat fait partie de l'Union.

Nous prenons effectivement un grand intérêt aux importantes questions dont l'Union s'occupe en ce moment.

Pour répondre à l'appel que vous me faites, notre honorable et dévoué Secrétaire et moi, avons profité de la réunion du Conseil Général, en session à Vesoul, pour convoquer en cette ville, nos huit confrères qui font partie de cette assemblée, dont deux Sénateurs et un Député. Voici les résolutions que nous avons prises :

1° Il a été décidé qu'on devait s'opposer par tous les moyens possibles, à l'acceptation par le Sénat de l'article 12 de la loi sur l'exercice de la Pharmacie, et que nos deux confrères sénateurs devraient voter et faire voter leurs amis contre cet article.

2° Il a été reconnu que l'article 11 était mal rédigé et avait besoin d'être remanié.

3° Quant au service militaire des Etudiants en médecine, MM. les Conseillers Généraux, Médecins, ont pensé, après avoir entendu l'exposé complet et très clair de la question, fait par un de nos confrères, Sénateur, qui fait partie de la commission, qu'il était préférable, pour le moment, de ne rien faire et d'attendre quelques mois avant de demander la modification de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889.

Les autres articles de la loi Pharmaceutique n'ont pas été examinés et la question reviendra au moment de notre réunion générale.

Vous pouvez juger ainsi que notre Syndicat est loin de se désintéresser des importantes questions qui doivent être soumises à vos déclarations.

Je vous serais reconnaissant, Monsieur le Président et honoré Confrère, de bien vouloir me tenir au courant des résolutions qui seront prises dans la réunion du Bureau de l'Union.

Veuillez agréer.....

Le Président,
Dr Richard.

Syndicat médical de la Haute-Vienne.

Nous apprenons avec une vive satisfaction la constitution d'un syndicat départemental dans la Haute-Vienne.

Dans une réunion tenue à Limoges, le 28 septembre dernier, les statuts ont été votés et le bureau élu.

Président : Dr Mazard, de Limoges.

Vice-Président : Dr de Font-Réaulx, de St-Junien.

Secrétaire général-trésorier : Dr Boulland, de Limoges.

Secrétaire des séances : Dr Bosset, de Limoges.

Le syndicat a voté son affiliation à l'Union des syndicats médicaux.

REPORTAGE MÉDICAL

Association de la Presse médicale.

Réunion du 13 octobre 1893.

Le quatrième dîner statutaire pour l'année 1893 de l'Association de la Presse Médicale a eu lieu, le 13 octobre 1893, au restaurant Marguery.

Dix-sept membres ont assisté à cette séance qu'a présidée M. le Dr Cézilly, syndic.

MM. Landouzy et Chouppe ont fait leurs rapports sur les candidatures de MM. Forgue et Ollivier. A l'unanimité des membres présents, M. Forgue, du *Nouveau Montpellier Médical* et M. Ollivier, des *Annales de la Policlinique*, ont été admis comme membres de l'Association.

Le secrétaire a communiqué à l'assemblée les

renseignements qui lui sont parvenus, récemment, du Comité Central Italien, relativement à l'ajournement du Congrès international de médecine de Rome.

M. Cézilly a fait connaître, ensuite, toutes les démarches qui avaient été faites, au préalable, par le bureau, dans le but d'organiser un banquet en l'honneur des médecins de l'escadre russe, faisant partie de la délégation qui accompagne à Paris l'amiral Avelan.

Les propositions du bureau ayant été adoptées, on a décidé d'adresser aux journaux la note ci-dessous :

« Banquet offert sur l'initiative de la Presse Mé-
« dicale par les médecins français aux médecins de
« la flotte russe.

« L'Association de la presse médicale prie les
« médecins français, qui voudraient bien prendre
« part à cette manifestation confraternelle, d'adres-
« ser, de suite, au secrétaire de l'Association, Dr
« Marcel Baudouin, 14, Boulevard Saint-Germain,
« leur adhésion au banquet qui est offert, avec l'a-
« grément de l'amiral Avelan, à leurs confrères
« Russes au Grand Hôtel, le vendredi 20 octobre, à
« 7 heures précises.

« Le prix de la souscription, qui sera close le mer-
« credi soir, 18 octobre, est de vingt francs, qu'on
« devra verser en se faisant inscrire ».

Pour l'Association :

Les Syndics : Pr Cornil, Dr de Ranse, Dr Cézilly.

Le Secrétaire Général,
Marcel Baudouin.

Paris, le 7 octobre 1893.

— Nous avons d'excellentes nouvelles de la santé de M. Dujardin-Beaumetz. Il a subi une grave opération, l'abouchement de la vésicule biliaire avec le duodenum, pratiquée par l'impeccable opérateur, M. Terrier. Tous nos lecteurs, et en particulier les membres de la Caisse des pensions de retraite, se réjouiront du succès de l'éminent opérateur. Nous adressons à Monsieur Beaumetz, ami de tous ceux qui l'approchent, nos vœux de prompt et entier rétablissement.

— *Chez un dentiste.* — Il y a encore des dentistes, dont toute la science réside dans la vigueur du poignet. Saisi d'une rage de dents atroce, un chroniqueur du *Temps* alla chez un dentiste d'une petite ville qui lui avait été indiqué comme étant d'une habileté rare. « En entrant, dit-il, je reconnus du premier coup d'œil un ancien brigadier de gendarmerie que j'avais vu naguère sous le baudrier. Je ne pus m'empêcher de lui rappeler ce glorieux passé, et je lui demandai où il avait appris la profession de dentiste. Il saisit la clef de Garengeot d'une main puissante et me dit : Avec ça, Monsieur, pas besoin d'études. C'est le plus beau des instruments ! Une fois la dent saisie, rien à craindre : il faut qu'elle vienne. Ça vous emportera plutôt la mâchoire. Vous allez voir ! » Je le félicitai de son habileté, mais je m'esquivai lâchement. Je ne souffrais plus. ».

(*Lyon médical*.)

— *Les pâtisseries au savon* — Les pâtissiers mettent, paraît-il, du savon dans leurs gâteaux : la chose a, du moins, été signalée à l'association belge des chimistes. Les pâtisseries obtenues seraient légères, savoureuses et pourvues d'un fondant particulier très apprécié des amateurs ; c'est à faire venir l'eau à la bouche.

Les boulangers, pour ne pas rester en arrière se mettent également à en faire, usage, surtout pour les pains de luxe. Avis aux amateurs.

— *Hôpital pour les phtisiques.* — L'assistance publique a fait l'acquisition à Angicourt (Oise) d'un terrain d'une contenance de 28 hectares, destiné à l'installation d'un hôpital pour le traitement des phtisiques. Les plans de l'établissement sont même fixés déjà.

— *Maternité de Saint-Antoine.* — Une création dont le besoin se faisait vraiment sortir dans le populeux quartier du faubourg Saint-Antoine, va recevoir un commencement d'exécution : on va se mettre à démolir les baraquements qui ont servi jusqu'ici à l'isolement des affections contagieuses, pour construire une maternité à la place.

Cette nouvelle maternité renfermera 62 lits et coûtera 600.000 francs. L'ensemble du service se composera de cinq pavillons, dont un seul, affecté au logement du personnel, et à la consultation, sera élevé d'un étage. L'entrée, indépendante de celle de l'hôpital, sera rue de Chaligny, tous les pavillons seront éclairés à l'électricité et chauffés à la vapeur, et l'installation sera faite de telle sorte qu'on puisse étendre l'éclairage à d'autres services médicaux et chirurgicaux de l'hôpital Saint-Antoine, sans occasionner de grands frais.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'École de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Librairie-éditeur du **« Concours médical »**, la Société se charge de prendre tous les abonnements pour le compte de ses clients, de donner gracieusement tous renseignements sur devis d'impressions, ouvrages, etc. De plus, tous les genres d'ouvrages anciens ou nouveaux, médecine, science, littérature, voyages, etc., seront fournis aux membres du Concours médical avec une réduction de 20 % sur les prix marqués, frais de port et recouvrement, s'il y a lieu, à la charge du destinataire.

La *Société d'Editions Scientifiques*, établie sur les bases de la **Mutualité**, a pour principe de partager par moitié, entre les Auteurs et elle, *tout bénéfice* résultant de la vente des ouvrages.

Les teignes, leur traitement, par M. le Dr L. Butte, de l'hôpital Saint-Louis. — Net **2** fr. **40** *franco*.

C'est dans un petit volume de 223 pages que l'auteur a fait tenir les connaissances actuelles sur les teignes. Reflet de l'enseignement dermatologique à l'hôpital Saint-Louis, l'ouvrage donne la pratique des maîtres autorisés.

Pour le favus et pour la tondante, on trouve exposées outre la symptomatologie, les méthodes d'examen avec coloration (Balzer) et le résultat des cultures, chapitres bien mis au courant des dernières acquisitions dues à M. Sabouraud sur le tricophyton, mégalosporon et sur le microsporon.

Pour la pelade, M. L. Butte adopte la division du professeur Leloir (de Lille), peladoïdes trophoneurotiques non contagieuses, pelades sans contagion, ni nervosisme, pelades contagieuses.

Le traitement a été l'objet de tous les soins de l'auteur, qui donne les méthodes, les formules de médecine de Saint-Louis et les siennes propres, son mode d'épilation rapide par le collodion iodé.

Un chapitre sur les écoles de teigneux et sur les résultats donnés par celle qui fonctionne à Saint-Louis montre la voie à suivre dans la prophylaxie.

Pour le médecin inspecteur des écoles, pour le praticien, cet opuscule sera d'une utilité incontestable, les teignes constituant une page de dermatologie que chacun doit connaître. — H. G.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année N° 43 28 Octobre 1893

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

RAPPORTS STATUTAIRES DE L'ANNÉE 1892-93

Aux Membres du « CONCOURS MÉDICAL »

Rapport du Conseil de Direction.

Chers Sociétaires,

Le Conseil de Direction doit, chaque année, avant l'Assemblée générale des membres du Concours, vous rappeler les actes accomplis durant l'année et vous rendre compte, ensuite, de la façon dont il a mis à exécution les décisions que vous avez prises. Il doit mettre en lumière les efforts faits, et tâcher de vous inspirer la volonté de vous y associer et de nous aider à accomplir ce qu'ensemble nous estimons bon pour la profession.

Ce n'est, nous ne nous lasserons pas de le répéter, que si vous faites, chacun, ce qui vous est possible pour nous soutenir, que nous pouvons espérer réussir dans nos entreprises. Votre Concours est encore plus nécessaire cette année, puisque *Législation médicale, études médicales, loi sur la pharmacie, médecine d'assistance, loi d'hygiène publique*, tout a été, en 1892-93, en remaniement et que bientôt on verra la plupart de ces modifications aux conditions de notre existence entrer en pratique, à notre avantage, ou à notre détriment, selon que nous aurons réussi, ou non, à sauvegarder nos intérêts professionnels que ces changements peuvent modifier en bien ou en mal.

Passons donc en revue les faits qui se sont passés depuis notre dernière Assemblée générale du 28 novembre 1892.

La *Loi Chevandier* a été promulguée le 1er Décembre 1892 et va entrer en vigueur, cette année-ci, à pareille date, consacrant le droit de nous syndiquer, droit que nous avons eu tant de peine à faire triompher. Espérons que la date du 1er Décembre 1893 sera l'ère du développement rapide des Syndicats médicaux et de leur action de plus en plus efficace.

Lorsque, dans le cours de cet exercice 1892-1893, nous avons eu la douleur de perdre M. le Docteur *Chevandier*, notre appui et notre conseil puissant, depuis quinze années, nous avons pris, au nom du Concours médical, notre part à l'hommage suprême qui lui a été rendu.

La *Loi Chevandier* est en grande partie l'œuvre du Concours et c'est sûrement à ses membres qu'est dû le maintien, supprimé une première fois par le *Sénat*, de l'article qui nous donne le droit de nous unir en Syndicats. Sachons donc profiter de cette très précieuse conquête, en donnant aux Syndicats notre appui, notre propagande incessante.

En effet, qui pourrait, à l'heure actuelle, ne pas reconnaître que les syndicats, œuvre du Concours médical, depuis 1880, sont la seule forme d'Association qui, par sa nature, puisse permettre la défense efficace de nos intérêts professionnels. Ils visent aussi bien les questions de pratique journalière, que les questions de déontologie et comme les deux tiers, au moins, de leurs membres font également partie du Concours médical, nos liens avec eux sont de telle sorte, que, travailler pour le succès du Concours médical, c'est travailler pour celui des syndicats et réciproquement.

Les syndicats médicaux sont à peine à leur aurore, puisque ce n'est que le 1er décembre qu'ils vont être définitivement consacrés par la loi. Ils ont la puissance virtuelle, souhaitons

qu'ils aient bientôt la puissance réelle au grand bénéfice de tous les médecins.

Le *Conseil de Direction*, en toute occurrence, n'a négligé aucune occasion de les faire valoir vis-à-vis de ses lecteurs et vis-à-vis de tous les médecins, lorsqu'il adresse, à ceux qui ne font pas partie de notre société, des numéros de propagande.

Au point de vue matériel, le *Concours médical* n'a pas ménagé, non plus, ses services aux syndicats, et c'est à cet appui qu'est due la dépense, réduite à sa plus simple expression, de la publication du *Bulletin mensuel de l'Union*, qui relate tous les actes de l'Union et ceux des syndicats adhérents, ou non adhérents à l'Union.

La *Société de protection des victimes du devoir médical* est en excellente situation et sur la demande d'un des membres du Conseil de Direction du Concours médical, M. Gibert, elle est venue, d'une façon très efficace, au secours de la famille d'un membre de notre Société, mort victime de son dévouement.

Nous avons tenté, sans succès jusqu'à présent, de faire admettre, dans la loi sur la *protection de la santé publique*, dont le rapporteur était le Dr Langlet, un article qui attribuerait des indemnités, une pension, aux ayants droit des médecins qui succomberaient victimes de leur dévouement. Cette équitable mesure, adoptée par les pays étrangers, serait bien en situation dans une loi qui impose, aux médecins, des charges nouvelles.

Dans sa loi sur l'*Assistance publique*, le Conseil de Direction a tâché de faire admettre un amendement qui attribuât, aux médecins du service, le droit de faire partie, à titre délibératif, des *commissions des Bureaux d'assistance*. On n'a pas pu obtenir cette bien légitime modification; néanmoins, MM. *Cornil* et *Lourties* ont reçu, en séance publique, de M. *Monod*, l'assurance que les mots « les médecins pourront être appelés dans les Bureaux d'assistance, à titre consultatif », voulaient dire « devront être appelés à titre consultatif », notamment pour la confection des listes des indigents.

Nous attendons maintenant la mise à exécution, suivant attentivement les mesures que prend l'Administration et préparant les éléments d'information qui peuvent être nécessaires à nos confrères et que nous publierons au moment opportun.

En ce qui concerne les modifications proposées par l'*Association de la presse médicale*, au *service militaire des étudiants en médecine*, notre société s'est associée aux démarches qui ont été faites pour arriver à la modification des errements actuels. Nous prendrons les mesures convenables pour continuer cette action, lorsque le moment favorable reparaîtra.

Relativement à la *Caisse des pensions de retraite*, le Conseil de Direction a obtenu, du Doyen de la Faculté, des facilités pour faire parvenir, aux jeunes docteurs en médecine, les statuts de l'œuvre et le Conseil de Direction espère que cette propagande sera fructueuse.

Lorsque le *Congrès de Rome* a été organisé par l'Association de la presse médicale, nous avons fait, à ce congrès, la publicité réclamée. Le Congrès n'a pu avoir lieu, par suite de certaines circonstances ; son ajournement et divers éléments d'appréciation pourront très bien contraindre le Conseil de Direction à modifier son attitude vis-à-vis de ce congrès.

Le Conseil de Direction a donné, comme d'habitude, tous ses soins, aux divers services généraux à l'usage des membres du Concours. Il a notamment, par une mesure générale, rendu productif pour la Caisse de la Société civile, le *service des remplacements*. Le remplacé et le remplaçant versent, à l'occasion du service que leur rend la Société, une très faible somme, en rapport avec la durée du remplacement ; cette contribution produit un total d'une importance suffisante pour diminuer, d'une façon très notable, les frais des organisations annuelles auxquelles l'Assemblée générale consacre les revenus de son capital, et les dons qu'elle recueille, chaque année.

Le Conseil de Direction se propose de demander, en séance, l'assentiment de l'Assemblée à une mesure analogue à propos des *cessions de clientèle*. Le médecin, qui cède sa clientèle, devrait verser une contribution en rapport avec la somme qu'il touche de son successeur et, quelque modique qu'elle fût, elle produirait, comme le service des remplacements, des effets très appréciables.

Votre dernière Assemblée générale a donné, au Conseil de Direction, un mandat et une mission très précise : elle a décidé qu'elle consacrait les ressources disponibles à l'organisation de l'œuvre d'*indemnité de maladie*.

Nous avons employé de nombreuses séances à cette étude et aux mesures qui découlaient de votre décision. Nous avons eu le regret de constater qu'un certain nombre de membres du Concours se désintéressaient de la solution, puisque nous n'avons pu obtenir, malgré nos sollicitations réitérées, dans le journal, et par circulaires, et ensuite par lettres spéciales, leurs réponses au questionnaire que nous leur avons adressé. Heureusement que la grande majorité a répondu et que nous avons pu, par les réponses, connaître les aspirations de la plupart d'entre vous. Convaincus que nous sommes en parfaite communauté d'idées avec vous, nous soumettrons à l'Assemblée générale les statuts de l'œuvre à créer.

Vous verrez que nous nous sommes inspirés des œuvres actuellement existantes à l'étranger, en Angleterre, et des organisations qui ont donné l'exemple en France.

Vous savez que la lenteur exceptionnelle que nous avons mise à organiser une institution dont nous vous démontrons, depuis 10 ans, les avantages tenait à une idée bien arrêtée et très juste : Il eût été préférable que l'*Association générale*, avec sa grande notoriété, son ancienneté, son crédit, ses Sociétés locales de tous les départements, prît à son actif cette œuvre de prévoyance, si bien dans son rôle actuel et dans ses aspirations d'avenir.

Inutile de refaire le long historique de nos tentatives pour persuader à l'Association que ne pas organiser l'indemnité en cas de maladie,

c'était manquer à son programme. Il suffit de dire que l'influence et l'initiative du Président général, successeur de M. Roger, n'ont pu surmonter les difficultés.

En conséquence, le Concours médical a renoncé à chercher ailleurs un appui quelconque. Il a préparé des statuts, mûrement étudiés ; il a fait le calcul des primes à payer et il a voulu faire une œuvre irréprochable, à l'abri de toute critique. Le Conseil de Direction a résolu de soumettre et a soumis, à un actuaire de profession, homme de grande expérience, l'examen et la vérification des calculs des primes à payer, des indemnités à verser, de la durée de celles-ci et il espère avoir réussi à vous présenter un ensemble capable de s'imposer à la confiance de tous et garantissant non seulement le présent de l'œuvre, mais encore son avenir éloigné.

Vous aurez à vous prononcer, en Assemblée générale, sur le projet et à déterminer les voies et moyens de la propagande, de la diffusion de *l'œuvre d'indemnité de maladie entre médecins.*

Ce sera une œuvre capitale parmi toutes celles que le Concours médical a réalisées. Le Conseil de Direction, si vous l'approuvez, sera puissamment encouragé à poursuivre la tâche qu'il s'est imposée de se faire, en toutes circonstances, le dévoué exécuteur de vos désirs.

Le Conseil de Direction :

Dr CÉZILLY, Dr GIBERT, Dr GASSOT, Dr MAURAT.

Rapport du Conseil d'Administration.

Situation financière de la Société civile du Concours médical.

CAPITAL NON DISPONIBLE

Recettes.

Au 1er octobre 1892, l'avoir non disponible de notre Société se décomposait ainsi :

Portefeuille	33.780 90
Espèces	491 44
Depuis cette époque, 82 adhésions nouvelles à la Société ont produit une somme de	799 80
versés à notre caisse par M. le Dr Cézilly et représentant la 1re année d'abonnement au journal le *Concours médical*.	
Ce qui porte les espèces disponibles à	1.291 24

Dépenses.

Sur cette somme il a été acheté deux obligations Ville de Paris 1886 libérées, nos 329007 — 329008	832 00
Droits de garde et de timbre. Mouvement du portefeuille	26 85
TOTAL	858 85

Notre capital inaliénable au 1er octobre 1893 est donc :

Portefeuille	34.612 90
Espèces	432 39
TOTAL	35.045 29

CAPITAL DISPONIBLE

Recettes.

Au 1er octobre 1892, l'avoir disponible était de	849 52
Depuis cette époque notre portefeuille a produit	1.031 67
Il a été reçu dans le cours de l'année, en dons divers publiés au journal	390 00
Il a été perçu comme droits sur les remplacements (5 %)	876 50
TOTAL	3.147 69

Passif.

Frais supplémentaires du Banquet	562 50
Frais de sténographie de la séance	55 00
Emploi d'un don avec affectation spéciale (divertissements qui ont suivi le banquet)	200 00
Frais de réunions et déplacements	500 00
Dépenses diverses pour la Société	51 05
Appointements du secrétaire. (Employé du bureau)	50 00
Etude de la question :	
Indemnité de maladie. Questionnaire	574 82
Réunions préparatoires	295 20
TOTAL	2.288 57
Balance en faveur de l'actif	859 12

Ce qui porte l'avoir total de notre Société au 1er octobre 1893 à :

Capital inaliénable	35.045 29
Capital disponible	859 12
TOTAL	35.904 41

CAISSE DE PRÉVOYANCE DES ASSURÉS SUR LA VIE.

Au 1er octobre 1892 :

Portefeuille	9.736 60
Espèces	79 13
Créance sur un membre participant	300 00
TOTAL	10.115 73

Depuis cette époque il a été touché :

Coupons échus et soulte	292 82
1/5 ob. com. 1860 achetée à 101 fr. et remboursée	99 47
TOTAL	392 29

Dépenses.

Frais de gestion	4.05	
Droits de garde	7.60	
		11 65
Balance en faveur de l'actif		380 64

Son avoir se décompose donc ainsi au 1er octobre 1893 :

Portefeuille	9.635 60
Espèces	459 77
Créance sur un membre participant	300 00
TOTAL	10.395 37

PROJET DE BUDGET POUR 1893-94.

Actif.

Avoir disponible	859 12
Revenu du portefeuille (environ)	1.032 00
Droits sur les remplacements	800 00
Dons probables	308 88
TOTAL	3.000 00

Passif.

Frais supplémentaire du banquet.	600 00
Frais de réunion et déplacements.	500 00
Dépenses engagées pour l'Etude de la question indemnité de maladie....	500 00
Affectations à proposer en séance..	1.400 00
TOTAL ÉGAL.........	3.000 00

Dr MAURAT.

Rapport du Comité de Rédaction.

Suivant l'annuel usage, le Comité de Rédaction du *Concours médical* vient rendre compte à ses lecteurs de l'ensemble de l'œuvre qu'il a entreprise cette année. Toujours soucieux de les tenir au courant de chacune des nouveautés médicales, mais surtout des nouveautés pratiques et réellement utiles aux cliniciens, il s'est attaché à reprendre certaines questions par leur côté élémentaire en essayant de les mettre au point. On a depuis bien longtemps fait remarquer que le véritable critérium du progrès, en science surtout, c'est la simplicité et la clarté. Plus une question apparaît obscure, embrouillée, plus elle est à refaire, à creuser, pour la simplifier.

Le Comité de Rédaction a donc cherché le plus possible à traiter les questions devenues claires par les transformations progressives qu'elles ont subies et n'a pas craint, pour ce motif, de remettre sur le chantier des études déjà entreprises même dans les colonnes de ce journal.

En science, nous sommes obligés d'être moins sévères que Boileau pour la littérature. Nous ne pouvons garder indéfiniment un ouvrage sur le métier, afin de le polir sans cesse et de le repolir à chaque nouveau progrès. Il nous faut de temps en temps le lancer, sans exiger qu'il soit parfait, quitte à le reprendre un peu plus tard et à le retoucher sur ses points faibles. D'ailleurs, c'est aussi dans le but d'associer tous nos lecteurs au perfectionnement de nos œuvres, que nous leur soumettons nos ébauches, en les priant, bien plus, en les adjurant de nous communiquer leurs observations et les idées que leur suggère leur expérience personnelle.

En ce qui concerne l'*œuvre scientifique* de l'année 1892-93, le Comité de Rédaction s'est appliqué à traiter nombre de questions de pratique courante, souvent élémentaires même, mais en ne faisant que le strict nécessaire de théorie. Toutes les branches de l'art médico-chirurgical, y compris quelques spécialités, ont été tour à tour envisagées. Pour certaines questions, qui méritaient une étude plus particulière, le Comité a accepté avec reconnaissance le concours éclairé d'un collaborateur de l'année dernière, le docteur *Macevoy* et de deux internes des Hôpitaux de Paris fort distingués, MM. *Pierre Maurel* et *Jourdan*. Nous tenons à remercier MM. *Méneau*, *Delefosse*, *Bitterlin*, des observations et articles qu'ils ont eu la gracieuseté de nous envoyer et nous souhaitons que nombre de nos confrères imitent leur exemple. Il ne faut pas garder pour soi ce que l'on a pu recueillir d'intéressant dans sa pratique personnelle. Chacun doit apporter sa petite pierre à l'édifice de la science ; ici, moins que partout ailleurs, l'égoïsme n'est permis.

En médecine pratique, le Comité a traité des questions usuelles telles que le Pronostic de la pleurésie fibrineuse, le traitement de la coqueluche, les gastro-entérites par intoxication alimentaire, les dyspepsies, le cancer de l'estomac, l'examen clinique des enfants, le diagnostic des méningites, le typhus exanthématique l'urticaire, le traitement de l'angine diphthérique qui chaque année mérite une nouvelle étude, tant par ses progrès que par l'intérêt qui y est attaché.

En chirurgie, le *Concours* a étudié les corps étrangers de l'œsophage, les hémorrhoïdes, l'appendicite et la typhlite, l'hypertrophie de la prostate, le massage dans les fractures, etc.

En gynécologie, la symphyséotomie, les fibromes utérins, les déviations utérines, les suites de couches ; en otologie, le traitement des otites ; en pathologie générale, la fièvre, l'hygiène du diabète, le rôle des glandes et des sucs glandulaires dans l'organisme, les injections intra-veineuses et sous-cutanées de sérum artificiel, etc.

Dans la *Semaine médicale*, le Comité a cherché à donner un court aperçu des nouveautés de chaque semaine, ne craignant pas de piller un peu les bulletins des Sociétés savantes, les journaux et Revues pour y trouver son bien et en donner la quintessence à ses lecteurs. Plusieurs thèses intéressantes, le Congrès de la tuberculose, toujours si important à suivre, ont été résumés avec le plus de soin possible. Certaines cliniques et leçons particulièrement remarquables au point de vue pratique ont été reproduites intégralement, telles sont : le traitement des entorses, les anémies infantiles, le mal de Pott cervical, etc.

La *partie professionnelle* n'a pas tenu une place moins importante.

A certains jours, le *Concours médical* aurait pu être pris pour le Journal officiel, car les pouvoirs publics, contre leur habitude, se sont beaucoup occupés du corps médical cette année : nous avons publié le texte de la loi Chevandier qui va constituer notre charte, celui de la loi sur l'assistance médicale dont l'importance future justifie la place importante que nous avons donnée aux débats qu'elle a provoqués, comme aux commentaires qu'elle nous paraît nécessiter.

Nous avons aussi publié les décrets portant réorganisation des études médicales, ainsi que les deux rapports qui ont servi de préambule à ces décrets. Forcément notre appréciation définitive est ajournée, car la question est très controversée, et c'est à l'usage seulement qu'on pourra juger du bien fondé de l'organisation nouvelle.

A côté des actes officiels, nous devons placer les discussions, devant la Chambre des Députés, de divers projets de loi et les textes qui ont été votés : projet de loi concernant la protection de la santé publique, proposition sur l'exercice de la pharmacie. Le Sénat est actuellement saisi, et la discussion reste ouverte, aussi avons-nous consacré de nombreuses études aux questions spéciales qui nous intéressent dans ces projets. Nous retrouvons naturellement ici, à côté du Dr Cézilly, les noms de ceux

de nos collaborateurs, qui se sont fait une spécialité des questions législatives : MM. Gassot et Mignen.

A ce chapitre spécial il faut encore joindre la proposition Cornil sur le service militaire des Etudiants, proposition qui, nous voulons le croire, n'est qu'ajournée et qui a reçu de toute la presse médicale l'accueil le plus favorable. M. le Dr Marais s'est justement étonné que l'opposition fût venue d'un savant, d'un ancien ministre de l'Instruction publique : c'était bien le dernier chez lequel on eût soupçonné un caporalisme aussi intransigeant.

Et comme la sollicitude du *Concours* s'étend à tout ce qui touche la médecine, une place est réservée aux questions de médecine ou d'hygiène publiques soulevées au delà de nos frontières : c'est ainsi que nous avons publié le règlement appliqué aux sages-femmes en Alsace-Lorraine.

Nos rapports avec les Sociétés de secours mutuels sont toujours à l'ordre du jour : M. le Dr Cézilly, dans une magistrale étude, a montré ce qu'ils devaient être à l'avenir et, rappelant les travaux antérieurs publiés par nos confrères, s'est efforcé de prouver que leur modification ne pouvait être attendue que d'une entente amiable avec la Ligue nationale de la Prévoyance et de la Mutualité, dont l'influence ira sans cesse grandissant près des mutualités.

Mais les collectivités ne sont pas les seules personnes qui aient de mauvais rapports avec le médecin, les clients revendiquent leur large part : les uns recherchent tous les échappatoires juridiques, pour ne pas rémunérer les soins qu'ils ont reçus — et notre rubrique *Tribunaux* est édifiante à cet égard — les autres tâchent d'obtenir nos soins gratuits en s'adressant à l'Assistance publique, qui n'a pas été créée pour eux. Dans toutes ces circonstances, le Concours médical a joint sa protestation à celle des confrères qui ont dévoilé ces procédés peu délicats et s'est efforcé de mettre en garde ses lecteurs contre une exploitation plus ou moins directe.

Il a de même protesté contre l'élévation de la patente médicale dans les grandes villes ; mais ces protestations doivent peser peu en présence des nécessités budgétaires qui exigeaient, paraît-il, que nous fussions sacrifiés. Nous avons eu du moins la satisfaction de rendre justice aux efforts de M. le sénateur Trarieux qui, cette fois encore, s'est montré l'avocat de la bonne cause en plaidant pour nous.

En présence de tant d'ennemis, petits ou gros, nous devons naturellement nous préoccuper des œuvres de prévoyance qui peuvent, à un moment donné, nous être d'une sérieuse utilité. Nous avons publié les résultats acquis par la *Caisse des Pensions*, comme nous nous sommes préoccupés des mesures destinées à mettre son fonctionnement à l'abri de tout aléa. Nous avons préparé les éléments de la création d'une *Caisse d'indemnité en cas de maladie* en vous demandant à tous de nous fournir vos renseignements personnels sur la question. Si nous regrettons que tous nos lecteurs n'aient pas compris l'utilité d'une réponse au questionnaire que nous leur avions adressé, nous remercions bien sincèrement les 1,500 confrères qui ont bien voulu secouer l'indifférence qui n'est que trop professionnelle, hélas ! et nous envoyer les premiers documents sur lesquels nous pouvions nous appuyer.

Nous voudrions que personne n'oubliât jamais que le journal est notre intermédiaire naturel à tous, qu'il s'agisse de faire connaître une nouvelle importante ou de demander un renseignement non moins intéressant.

Des études de caractères très divers ont trouvé place dans le *Concours* : l'organisation de l'inspection des Ecoles en Seine-et-Oise, par le Dr Jeanne, de Melun, organisation dont nous souhaiterions la généralisation dans tous les départements ; les conditions de l'hygiène hospitalière en France, par le Dr Napias ; l'Assistance obligatoire et la protection de la santé publique, par le Dr Spindler ; la dépopulation Française par le Dr Massin, sont autant d'études du plus haut intérêt où chacun peut puiser les éléments d'organisations capables de donner satisfaction aux besoins qu'elles mettent en évidence.

Le Dr Janicot, de Pougues, nous a donné la Déontologie de la médecine thermale, traçant les règles qui doivent présider aux relations du médecin d'eaux avec ses confrères, tandis que le Dr Grellety, de Vichy, nous montrait que nous aurions tort de trop médire de la profession médicale. Et comme il est parfois bon de se dérider, le même confrère nous a donné une série de nouvelles aussi sensationnelles qu'invraisemblables qui, sous leur forme humoristique, traduisaient bien des desiderata.

Le *Concours médical* est l'organe officiel de l'Union des syndicats médicaux : il publie tous les procès-verbaux, tous les documents qui lui sont adressés par les syndicats. Nous ne pouvons entrer évidemment dans l'analyse de toutes les études des associations syndicales ; elles se rapportent plus ou moins aux grandes questions que nous abordons dans la chronique professionnelle. Bornons-nous à dire qu'entre cette chronique et le Bulletin des syndicats. publié dans chaque numéro, règnent les plus étroites relations et à souhaiter que les syndicats se montrent, pour l'avenir, moins avares de compte rendus et de communications.

Si les secrétaires de ces syndicats pouvaient savoir, comme nous, l'utilité qu'a la publication des procès-verbaux qu'ils nous adressent, pour les confrères des autres syndicats ou pour ceux qui s'efforcent de créer de nouveaux syndicats, ils n'omettraient jamais de nous adresser ces documents dès qu'ils les ont rédigés.

L'année 1892-1893 a donc été bien remplie et la lecture du *Concours Médical* n'a pas présenté un intérêt moindre que les années précédentes. Si l'on veut bien ajouter que le *Reportage médical* enregistre les faits au fur et à mesure qu'ils se produisent et que la *petite Correspondance* répond dans chaque numéro aux innombrables questions qui sont posées au Directeur, on conviendra que le journal conserve son caractère particulier dans la presse médicale.

LA SEMAINE MÉDICALE

La déclaration des maladies contagieuses.

On se souvient que les nouvelles lois sur l'exercice de la médecine et sur la protection de la santé publique, obligeront le médecin à faire à l'autorité administrative la déclaration de toutes les maladies contagieuses qu'il aura dans sa clientèle. L'Académie a été consultée pour dresser une liste des maladies qui seront comprises dans la nouvelle obligation; c'est M. *Vallin* qui a été désigné comme rapporteur de la commission. La liste suivante a été définitivement acceptée :

Choléra et affections cholériformes,
Fièvre jaune,
Peste,
Variole,
Scarlatine,
Suette miliaire,
Diphtérie (croup et angine couenneuse),
Fièvre typhoïde,
Typhus exanthématique,
Dysenterie,
Infections puerpérales (quand le secret n'aura pas été réclamé),
L'ophtalmie purulente.

Pour cette dernière maladie, toutefois, la déclaration obligatoire ne pourra être imposée au médecin, qui seul a qualité pour soigner l'enfant et appliquer le traitement nécessaire ; mais elle devra l'être aux sages-femmes et aux familles.

Une discussion s'est engagée pour savoir si l'on inscrirait ou non la *rougeole*. MM. Brouardel, Lereboullet, Grancher, s'y sont opposés et malgré MM. Vallin et Kelsch, c'est l'opinion des premiers qui a prévalu.

Traitement de la sciatique.

D'après M. *Weir Mitchell*, dans le traitement de la sciatique, le premier soin est de rechercher si l'affection du nerf n'est pas un symptôme d'un trouble organique quelconque. Du moment que cette éventualité est éliminée, on recommande le lit et le repos complet jusqu'à la guérison. Sont utiles au début les ventouses sèches le long du nerf sciatique, depuis le pli fessier jusqu'à la cheville, en deux ou trois rangs. On pourra appliquer de cette façon jusqu'à trois douzaines de ventouses, et on les laissera sur place pendant une demi-heure. On pourra répéter la même opération le lendemain et même le surlendemain, si c'est nécessaire. Si, pour une raison ou pour une autre, on ne pouvait pas se servir de ventouses, on appliquera avec succès du papier sinapisé d'une largeur de 3 pouces le long du parcours du nerf sciatique.

Dans les cas de sciatique chronique, on est parfois forcé d'avoir recours aux narcotiques. L'auteur recommande la cocaïne à la dose de 2 à 3 centigrammes en injection hypodermique. Si l'on préfère la morphine, on fera bien d'administrer la piqûre le soir, entre 8 et 9 heures. Mais ce que l'auteur a trouvé plus efficace, c'est l'immobilité de l'organe malade de la manière suivante : on applique sur la jambe malade un bandage en flanelle, qu'on change deux fois par jour. La jambe est en extension dans l'articulation coxo-fémorale et légèrement fléchie dans le genou. Dans cette position, la jambe est soutenue par une planche étroite, fixée qui va de la cheville jusqu'à l'aisselle. Il faut compter trois semaines pendant lesquelles on maintiendra continuellement ce traitement. Après, on pourra, pendant la journée, laisser de côté la planche en l'appliquant seulement pendant la nuit. Peu à peu le malade se déshabituera de la planche. De la même façon, on déshabituera le malade du bandage. Pendant cette période d'immobilité, on nourrira bien le malade, on lui administrera de l'huile de foie de morue, des ferrugineux, et on veillera avec grand soin à la liberté du ventre. Parfois des points douloureux persistent le long de la jambe. Le meilleur traitement contre ces points douloureux sont les sinapismes ou les pointes de feu. Après la disparition des douleurs, on fera du massage léger. Seulement on évitera, pour le malade, la position assise. L'auteur défend même aux malades de s'asseoir pour les garde-robes.

Rappelons, à ce propos, qu'on a obtenu de beaux succès avec les injections sous-cutanées d'antipyrine et l'antipyrine à l'intérieur à la dose de deux ou trois grammes en fractions de 0,50 centigr. toutes les heures.

La dacryoadénite ourlienne.

Une récente thèse vient de nous faire connaître une complication encore presqu'ignorée des oreillons. C'est une localisation spéciale de la maladie sur les glandes lacrymales et à laquelle on donne le nom de dacryoadénite ourlienne.

La dacryoadénite ourlienne survient à titre de manifestation isolée ou apparaît à la suite de parotidite ou concomitamment avec elle.

Elle se caractérise par un œdème considérable des paupières, particulièrement de la paupière supérieure et s'accompagne assez souvent de chémosis. Aussi a-t-elle été confondue avec la conjonctivite.

On la reconnaît à l'existence d'une petite tumeur dure, oblongue, lisse, et douloureuse, siégeant au niveau de chaque glande lacrymale. Cette grosseur, constituée par la glande elle-même enflammée, peut ne pas apparaître nettement, par suite de l'œdème qui l'entoure. Elle doit être recherchée avec soin par le toucher surtout au moment de la disparition de l'œdème.

La dacryoadénite ourlienne offre une durée de deux semaines en moyenne et guérit toujours sans complications. Le traitement consiste en applications d'émollients ou de résolutifs.

GYNÉCOLOGIE PRATIQUE

Les suites de couches. Accidents puerpéraux et accidents antiseptiques.

Il y a, hélas ! encore bien des préjugés en médecine et surtout en médecine populaire; mais aucune branche de la médecine n'en sera plus difficilement débarrassée que l'Obstétrique usuelle. Je ne parle pas seulement de la pratique des sages-femmes et des matrones; mais des méthodes de nombreux médecins et accoucheurs. Peu à peu on est arrivé à faire bonne

justice de la *fièvre de lait* : et encore, pas dans tous les milieux. Combien de mères de famille y croient encore ! Mais que d'erreurs surtout pour les soins à donner aux accouchées ! Que d'imprudence dans les relevailles ! que de malpropretés inconscientes !

Et cependant *tout accouchement même difficile, même accompagné d'intervention chirurgicale, doit se passer*, **sans fièvre, sans métrite consécutive, sans écoulement fétide, ni purulent.**

Examinons d'abord les accidents que provoquent la négligence et la malpropreté pendant l'accouchement. Nous verrons ensuite comment les abus des substances antiseptiques peuvent, eux aussi, amener de graves complications ; comme toujours « *in medio veritas* ».

I

Habituellement, un accouchement se fait avec trop peu de précautions. L'accoucheur touche plusieurs fois la parturiente sans avoir même pris la peine de laver le vagin, au préalable ; il plonge deux ou trois fois son doigt dans la vaseline, sans avoir pris le temps de se laver le doigt chaque fois qu'il a pratiqué le toucher. L'accouchement se fait, puis la délivrance ; une injection est lancée dans le vagin, puis on laisse reposer la malade et tout est terminé pour le médecin. Encore, je suppose qu'on a fait une injection ; malheureusement les cas sont nombreux, où l'on n'a même pas pris cette peine ; la délivrance faite, on se contente de dire à l'entourage de laver les parties génitales et les cuisses, et l'on s'en va tranquillement. Le plus souvent, tout semble marcher à souhait pendant deux jours. Le 3e jour, apparaît un peu de fièvre. C'est la fameuse *fièvre de lait*. Mais non ; jamais la montée du lait, ni les fatigues de l'accouchement n'ont donné la moindre fièvre. Pour qu'il y ait *fièvre*, il faut qu'il y ait *infection. Aucune opération, aucun accouchement* ne doit faire monter la température d'un demi degré. Donc, si vous observez la fièvre même légère, le 3e jour, c'est que vous avez été malpropre pendant l'accouchement ; il suffit d'une si petite faute pour amener l'infection.

En même temps que la fièvre, les écoulements séro-sanguinolents de l'utérus qu'on nomme les *lochies* exhalent une odeur désagréable, souvent même fétide, putréfiée. Tout le monde admet encore avec une confiance parfaite qu'une femme qui vient d'accoucher a nécessairement de la fièvre et des écoulements purulents nauséabonds, au moins pendant quatre ou cinq jours. Erreur profonde ! Ni fièvre, ni odeur, ni écoulement purulent ; tout cela ne doit pas plus avoir lieu pour un accouchement que pour une coupure au doigt. La largeur de la plaie utérine ne doit pas produire plus de réaction qu'une petite piqûre d'épingle.

Dès qu'une plaie est formée, le processus réparateur commence et s'accomplit sans fièvre, à moins qu'une infection ne vienne le retarder et n'amène de la fièvre.

Tout n'est pas fini pour la malheureuse accouchée. Tandis que sa plaie utérine suppure, les caillots sanguins qu'on a laissés à sa surface, se putréfient plus ou moins, favorisent les cultures microbiennes, qui se propagent dans les vaisseaux béants et pourront y provoquer de graves désordres que nous envisagerons tout à l'heure. Mais, suivons un cas aussi simple que possible et examinons les choses vers le 8e ou le 9e jour après l'accouchement. Ces quelques jours de repos sont généralement regardés comme suffisants dans les familles et même dans les hôpitaux. La malade se lève tranquillement et le lendemain, elle reprend ses occupations. L'utérus est encore mou, friable, ballottant, à peine redescendu au niveau du détroit supérieur, souvent même, encore au-dessus des fosses iliaques ; il se fait encore un léger suintement muco-purulent. Bah ! cela se passera tout seul, peu à peu. Si, au moins, on appliquait une ceinture abdominale !

Rien, la plupart du temps, on abandonne tout à la nature ! que dis-je, à la nature ! au hasard, puisqu'on a omis toutes les conditions élémentaires indispensables à l'action de la nature. Alors qu'arrive-t-il ? La plupart des femmes qui ont eu des enfants sont atteintes de métrite chronique avec douleurs abdominales, leucorrhée, et déviations. Par la suite, il vient quelquefois des hernies, des prolapsus utérins, des éventrations.

Le premier phénomène, qui suit l'accouchement est donc une inflammation aiguë ou subaiguë du tissu utérin, la *métrite* ; avec ce seul accident, la femme en a souvent pour le reste de sa vie et peut compter avoir souvent besoin du médecin à l'occasion de ses menstrues. Malheureusement pour elle, la métrite ne reste pas toujours localisée et l'infection se propage souvent aux trompes de Fallope ou aux lymphatiques périutérins. De là, dans les 6 ou 8 semaines qui suivent l'accouchement, la possibilité de crises de *salpingites, d'adéno-phlegmons*, de *pelvi-péritonites*, dont personne n'ignore la fréquence.

Après quelques semaines de calme relatif, la récente accouchée s'aperçoit que l'écoulement muco-purulent, qui ne s'est jamais entièrement tari, reprend avec plus d'intensité, et s'accompagne de douleurs lancinantes dans un côté du bas-ventre, dans les lombes, dans l'abdomen ; bientôt, la fièvre s'allume et la malade est contrainte de se mettre au lit. C'est le début d'une salpingite ou d'une pelvi-péritonite sur la nature de laquelle, il ne peut y avoir le moindre doute, c'est de l'infection puerpérale. Souvent aussi apparaissent des douleurs articulaires, *pseudo-rhumatismales, des furoncles,* même de *petits abcès*, tout cela est de la puerpéralité.

Un accident encore très fréquent relativement dans les suites de couches est la *phlébite fémorale.* Le point de départ en est précisément dans cette infection microbienne des vaisseaux utérins, dans ces embolies septiques formées au milieu des veines par les amas de streptocoques et de staphylocoques introduits pendant l'accouchement dans la plaie utérine. Les gonocoques de la blennorrhagie introduits le plus souvent antérieurement à la grossesse par le coït peuvent, il est vrai, provoquer, eux aussi, des infections puerpérales des trompes et des vaisseaux ; bien des maris ont ainsi inoculé leurs femmes, presque inconsciemment, avec des reliquats de blennorrhagies qu'ils ont toujours conservés dans leur urèthre ; mais cela n'empêche que si l'accoucheur avait mieux pris ses précautions avant et après l'accouchement

proprement dit, cette infection secondaire aurait pu être évitée.

Dans cette rapide énumération des accidents puerpéraux, nous avons à dessein omis la vraie fièvre puerpérale, qui ne se voit plus bien souvent aujourd'hui, grâce à l'amélioration des conditions hygiéniques et à la suppression des foyers d'infection. On en voit encore quelques cas isolés, comme pour l'infection purulente et la pourriture d'hôpital. Espérons que nous sommes à jamais débarrassés de ces horribles fléaux.

Néanmoins, on en voit encore et c'est trop, puisque cela dépend de l'accoucheur. Une routine coupable retient encore bien des médecins et des sages-femmes, et ne saurait être trop combattue.

Mais même en dehors de ces cas graves, le plus souvent même mortels, il y a une foule de petits cas moins graves, qui sont cependant de nature analogue, sinon identique, et qui dépendent aussi de l'accoucheur.

II

Les merveilleux succès que la méthode antiseptique introduite en obstétrique, fit obtenir à plusieurs accoucheurs, entraînèrent bien des praticiens dans cette voie. Malheureusement, des enseignements de Pasteur et de Lister, ils ne retinrent qu'une chose : L'infection puerpérale est due à l'introduction de microbes dans les voies génitales. Telle ou telle substance chimique tue les microbes en général, principalement telle ou telle ; donc, inondons les voies génitales des accouchées de ces substances dites antiseptiques, et nous n'aurons plus d'accidents puerpéraux. Eh bien ! c'est précisément en s'y prenant de cette façon qu'on aggravera encore la situation. En saturant le vagin d'antiseptiques, on n'évitera pas toujours les accidents puerpéraux et on pourra souvent amener de graves complications d'empoisonnement chez les accouchées. La plupart des antiseptiques sont des poisons, puisqu'ils tuent les microbes et si, pour plus de sûreté apparente, on emploie les plus puissants antiseptiques, le sublimé corrosif, le nitrate d'argent, l'acide phénique, l'iodoforme, on tuera certainement beaucoup de microbes, mais en même temps beaucoup de cellules appartenant à l'organisme qu'on veut protéger, c'est-à-dire qu'on mortifiera l'épithélium du vagin, de l'utérus et qu'on fera pénétrer dans les vaisseaux de grosses doses d'antiseptiques toxiques. Le remède ainsi compris est par trop radical. Après avoir été sales et septiques, les accoucheurs sont ainsi devenus trop antiseptiques.

Après chaque accouchement, on s'est mis à verser dans l'utérus et le vagin, des torrents d'eau phéniquée, d'eau sublimée, ou autre antiseptique puissant. On a amené des *intoxications générales mortelles* par ces substances. En dehors des cas malheureux terminés par la mort, on a observé après ces grands lavages des *urines noires* saturées d'acide phénique, de la *salivation mercurielle*, des *dégénérescences graisseuses aiguës du foie, de la rate, des reins*, des ulcérations intestinales, etc.

Dans les cas les plus bénins, on a provoqué des *ulcérations du vagin*, des *brûlures* étendues de la vulve, des cuisses, de l'anus et des fesses. Voilà certes des résultats peu merveilleux, surtout si l'on a pu avoir, en plus de ces accidents, des phénomènes puerpéraux. En ce moment, de tous côtés, on entend des protestations contre l'autorisation donnée récemment par l'Académie aux sages-femmes de prescrire et d'employer des paquets de sublimé ainsi formulés :

Sublimé corrosif......	0,25 centig.
Acide tartrique.........	1 gramme
Carmin d'indigo en solution alcoolique.....	deux gouttes.

et en effet, l'expérience justifie ces protestations. Quand on jette un de ces petits paquets dans un litre d'eau, au moment de s'en servir, la solution ne s'égalise pas extemporanément, les premières couches de liquide sont à peine chargées de substance médicamenteuse, et le fond contient toute la partie active ; la fin de l'injection, si elle est faite avec un injecteur, ou même avec un bock, est donc beaucoup trop forte et occasionne souvent des brûlures ou des ulcérations. C'est donc une erreur d'abandonner des substances aussi dangereuses à des mains inexpérimentées. Ce que l'on devait faire, c'était d'apprendre d'abord aux sages-femmes la théorie de la méthode antiseptique et non leur mettre entre les mains des poisons commele sublimé et l'acide phénique. Avec des irrigations intempestives de substances antiseptiques dans le vagin et l'utérus, on n'observera peut-être pas de fièvre, mais on provoquera de l'*hypothermie*, de la *diarrhée*, *des hémorrhagies*, *des vomissements*, tout aussi préjudiciables à l'accouchée.

La vérité est donc dans la mesure et dans la méthode.

Pour faire proprement et avec une sécurité absolue un accouchement, il faut nettoyer d'une manière parfaite : 1° ses mains et ses bras, 2° le vagin et la vulve de la parturiente.

Les mains doivent être savonnées, brossées, trempées dans l'alcool ou une solution antiseptique forte (sublimé au 1000e, acide phénique au 20e, microcidine à 4 0/00, etc.) et toujours maintenues imbibées d'une de ces solutions. Chaque fois qu'un doigt ou la main entière aura touché quelqu'objet que ce soit, linge, instrument, ventre ou parties génitales de la parturiente, il faudra procéder à une nouvelle immersion dans la solution antiseptique forte ; après chaque toucher vaginal, même précaution ; ajoutons qu'il ne faut avoir aucun panaris, ni furoncle aux mains. Quant à la parturiente, il faut savonner et brosser la vulve, les cuisses, le bas-ventre, les laver ensuite avec une solution antiseptique forte analogue à celle qui a servi pour les mains de l'accoucheur, puis protéger les membres inférieurs avec des bottes d'ouate ou de flanelle, l'anus et les fesses avec du linge chaud, qu'on recouvrira d'une compresse immergée dans une solution antiseptique faible (sublimé au 2000e, acide phénique au 40e, microcidine à 3 0/00). Le vagin sera lavé soigneusement avec une grosse canule de verre bien propre, immergée elle-même dans le liquide antiseptique, et portant une extrémité en pomme d'arrosoir. Au besoin, on rincera les parois vaginales avec le doigt, pendant l'injection, un tamponnet de gaze iodoformée sera ensuite introduit dans la vulve provisoirement. Le siège sera séparé du lit par deux garnitures superposées et légère-

ment surélevées par un coussin dur facilement amovible. L'accouchement terminé, on fera un nettoyage complet de la vulve, du vagin, enfin de ses mains et de ses bras.

La délivrance sera pratiquée avec une sage lenteur, puis un nouveau nettoyage, cette fois, intra-utérin, sera immédiatement commencé. On introduira au moins deux doigts dans le vagin et la canule bien antiseptisée, lavée et plongée dans une solution antiseptique forte, sera introduite sans être essuyée en se servant des deux doigts vaginaux comme conducteurs. Le jet sera dirigé au fond de l'utérus, autant que possible dans tous les sens, en ayant soin de bien rincer le vagin de tous les caillots sanguins qui s'écoulent de l'utérus. On fera passer ainsi trois ou quatre litres de liquide faiblement antiseptique (d'acide phénique au 100e, de sublimé au 10,000e, de microcidine à 3 0/00) ; ou même simplement d'eau bouillie stérilisée. Si le placenta n'a pas paru être bien entier, il ne faut pas hésiter à introduire toute la main et le poignet dans le vagin de façon à nettoyer directement le fond de l'utérus avec les doigts ; tout cela est parfaitement sans danger, si on a pris tous les soins de propreté méticuleuse que nous avons décrits plus haut. Si, par malheur, on n'a pu assister au début de l'accouchement et si on n'arrive que pour la délivrance, on peut encore faire une antisepsie rigoureuse, nettoyage des mains, de la vulve, du vagin, irrigations intra-utérines avec une solution faible, mais plus abondante, cinq ou six litres au lieu de trois ou quatre.

Après le nettoyage complet, on recouvre la vulve de compresses imbibées de solution antiseptique faible et on renouvelle, soi-même, une injection matin et soir, intra-vaginale avec une solution faible, toujours en rinçant avec soin les parois du vagin et toujours en se nettoyant méticuleusement les doigts. Les mêmes précautions sont continuées pendant 8 jours, la vulve toujours recouverte de compresses antiseptiques. L'accouchée reste au lit quinze jours pleins, sans avoir eu la moindre fièvre, la moindre lochie fétide. Au bout de ce temps, on examine la situation de l'utérus et son état intérieur. C'est de cet examen que dépend la permission de se lever pour l'accouchée, ce sera tantôt le 16e jour, tantôt le 21e jour, ou davantage. Après les relevailles, on appliquera pendant quelque temps une ceinture abdominale, pour autoriser la femme à vaquer à ses occupations sans danger.

A ce moment quelques injections au tannin ou à l'écorce de chêne, quelques bains sulfureux seront utiles comme toniques utérins. Avec ces précautions pas de métrites, de pelvi-péritonites, de phlébites, d'abcès puerpéraux. Pourquoi les négliger si souvent ? c'est presque criminel, puisque c'est volontaire. Dr Paul HUGUENIN.

BULLETIN DES SYNDICATS

Séance du bureau de l'Union du 18 octobre.

Présents : MM. Porson, Cézilly, Poulliot, Lécuyer, Lunéau, Maurat, Hervouët.

Excusés : M. Mignen, et M. Cellier, tombé malade à Paris.

Le secrétaire général donne lecture du procès-verbal de la dernière séance, qui est adopté.

A propos de la demande de gratuité adressée aux Compagnies de chemins de fer, M. Porson fait observer qu'on a répondu à notre demande de façon très courtoise ; et, quoique nous n'ayons pas réussi, on nous a fait remarquer que la décision prise n'était pas spéciale à nous, mais générale, en raison du nombre toujours croissant de demandes de gratuité, et que nous pouvions espérer une autre fois voir notre demande acceptée ; ce sera donc une chose à tenter plus tard.

A propos de la reconnaissance de l'Union, M. Cézilly rend compte des démarches faites, qui n'ont pas eu de résultat. Il est nécessaire d'attendre après la réunion générale.

Etat de la caisse. — M. Maurat, trésorier, donne l'état de la caisse. A la fin du dernier exercice, il y avait en caisse une somme de 1946 fr. 39 ; pour la publicité il a été touché 324 fr. ; les cotisations reçues s'élèvent à 2.544 fr. 98, ce qui donne un total de 4.815 fr. 37.

Les dépenses se sont élevées à 1.599 fr. 34. Il reste donc en caisse 3.216 fr. 03.

En plus de cela, il y a environ 900 francs à recouvrer. A ce sujet, le trésorier passe en revue différents syndicats où le recouvrement est particulièrement difficile, en raison, soit de l'état de la caisse, soit de divers changements survenus. Le Bureau de l'Union se range à son avis, et lui donne carte blanche pour résoudre ces questions au mieux des intérêts de tout le monde.

Réunion générale. — La réunion générale du Concours médical étant fixée au dimanche 19 novembre, celle de l'Union des Syndicats ne peut qu'avoir lieu le même jour : elle est donc fixée au 19 novembre, à 9 heures du matin très précises. Le bureau prie les délégués des syndicats adhérents d'être aussi exacts que possible, de façon que la séance puisse durer trois heures entières.

Projet de loi sur la pharmacie. — M. Mignen, qui devait lire son rapport sur ce sujet, a été empêché de venir au dernier moment par le devoir professionnel. Il a adressé un télégramme d'excuses, et annoncé l'envoi de son rapport. Ce rapport n'étant pas encore arrivé, le bureau décide qu'il se réunira dans l'après-midi, espérant que, d'ici là, ce travail aura été reçu.

Assistance médicale des indigents. — Après examen et discussion, la décision suivante est votée :

« Le président de l'Union est chargé de faire des démarches auprès du directeur de l'Assistance publique, au sujet de l'application de l'article 35. »

Admission des malades aisés dans les hôpitaux. — Il est donné lecture des communications des différents syndicats à ce sujet.

Les vœux suivants sont votés :

1° « Les hôpitaux doivent être réservés aux seuls indigents. »

2° « Le bureau de l'Union admet, en principe, la possibilité de l'existence, à côté de l'hôpital, d'une division spéciale où pourraient être soi-

gnés des gens aisés, mais à condition que les prix demandés couvrent largement les frais de séjour, et que les médecins soient rémunérés proportionnellement à l'importance de leurs soins. »

Séance de l'après-midi.

Loi sur la pharmacie. — Lecture est faite du travail de M. Mignen, arrivé avec un léger retard.

Le Bureau, après avoir délibéré, prend les résolutions nécessaires.

Rapports des médecins avec les sociétés de secours mutuels. — Le président refait en quelques mots l'historique de la question qui a été traitée et mise au point tout dernièrement par M. Cézilly, avec sa haute compétence habituelle. Cette question fait d'ailleurs tous les jours des progrès dans le sens indiqué par le corps médical. C'est ainsi qu'on a pu lire dans un des derniers *Bulletins de la Ligue de la Mutualité* le passage suivant :

« Sur la proposition du président, le Comité « technique est d'avis qu'il y a lieu, pour la « Ligue, de répondre à l'appel de M. le Docteur « Cézilly, et de constituer une commission mix- « te, composée de médecins et de mutualistes, « pour étudier les bases d'un arrangement équi- « table et rationnel entre le Corps médical et « les Sociétés de secours mutuels. »

Le Président fait remarquer qu'il serait bon que le bureau de l'Union pût s'appuyer, pour les démarches à faire, sur l'opinion de tous les syndicats médicaux, que sa force et son autorité en seraient forcément considérablement augmentées.

Après discussion, on décide qu'il sera envoyé un questionnaire, contenant les conclusions du travail de M. Cézilly, à tous les syndicats, de façon à obtenir des réponses pour la réunion du bureau en avril prochain.

Service militaire des étudiants en médecine. — La décision suivante est votée :

« Le bureau est d'avis de faire ultérieurement des démarches auprès du Sénat, d'après les vœux émis par onze conseils généraux, sur l'initiative de l'Union. »

M. Cellier, quoique non gravement malade, n'a pu se rendre à la séance. M. le Président donne lecture, à sa place, d'un travail qu'il avait fait sur les manœuvres du service de santé, auxquelles il a pris part en qualité de médecin-major de réserve. Ses critiques, très justes, montrent combien il est important, pour l'armée, que le corps de santé soit familiarisé avec le rôle qu'il est destiné à remplir ; elles viennent, par suite, donner plus de force encore au vœu émis par le Bureau de l'Union. Ce travail sera publié dans le Bulletin.

Le Secrétaire général,
Dr P. Hervouet.

Association syndicale des Médecins de la Loire-Inférieure.

28 avril 1893.

Présents : MM. Luneau, *Président* ; Patoureau, Attimont, Crimail, Huet, Bichon, Ollive, Dorain, Saquet, Porson, Blaizot, Morin, Bécigneul.

Exercice illégal de la médecine par les pharmaciens.

M. le Président donne lecture d'une lettre de M. Duchenne, invitant tous les syndicats de France, au nom du syndicat des médecins de la Seine, à mettre à leur ordre du jour l'étude de l'exercice illégal de la médecine par les pharmaciens. Le Syndicat de la Loire-Inférieure a déjà eu plusieurs fois l'occasion de s'occuper de cette question délicate, les résultats qu'il a obtenus ne sont guère encourageants, et l'expérience acquise lui permet de conclure que les efforts des syndicats resteront également sans effet. La loi que l'on prépare sur *l'exercice de la pharmacie* pourra seule apporter quelque obstacle aux agissements de certains pharmaciens, c'est à son étude que doivent se livrer les syndicats médicaux, c'est à la rédaction de son texte qu'il leur faut s'intéresser. M. le Président est chargé de répondre dans ce sens à la Communication de M. Duchenne.

De la patente des médecins.

M. le Président annonce que le Sénat vient de voter, après l'avoir rejetée une première fois et malgré les efforts de MM. Bardoux et Cornil et le vœu de l'Union des syndicats, l'augmentation de la patente imposée aux professions libérales. Le Syndicat de la Loire-Inférieure élève des protestations unanimes, et, après discussion, émet deux vœux ; le premier : que le droit proportionnel établi sur la valeur locative de l'habitation du médecin ne le soit que sur la partie du local servant à l'exercice de sa profession ; le second : que les chevaux et voitures des médecins servant à l'exercice de leur profession ne soient plus soumis au même impôt que les chevaux et voitures de luxe, mais soient désormais taxés comme instruments de travail.

M. Saquet demande si on ne pourrait pas émettre un vœu tendant à exonérer de l'impôt les locaux affectés aux dispensaires médicaux.

Cette question soulève une longue discussion sur les inconvénients des policliniques. Le syndicat des médecins de la Seine étudie actuellement les moyens d'y porter remède.

Adhésion à l'Union des syndicats.

Notre adhésion à *l'Union des syndicats* est un fait accompli. M. le Président fait ressortir l'avantage que nous en retirerons à peu de frais, puisque la cotisation de chaque membre de l'Union ne s'élève qu'à la somme de deux francs.

Exercice de la médecine civile par les médecins militaires.

M. le Ministre de la Guerre a résolu cette question d'une manière définitive.

M. Porson donne lecture de la lettre qu'il a adressée à M. le ministre de la guerre, conformément à la décision du bureau de *l'Union des Syndicats Médicaux de France*, et de la réponse qu'il a obtenue.

L'Association syndicale des médecins de la Loire-Inférieure remercie M. le Président de l'Union d'avoir obtenu cette décision qui lui paraît trancher la question au mieux de la dignité et des intérêts de chacun.

Syndicat médical du département du Cher.

24 août 1893.

La Société locale du département du Cher avait, dans sa séance du 25 mai 1893, émis le

vœu de la création d'un syndicat départemental et nommé un Bureau provisoire chargé de poursuivre cette création, de recueillir des adhésions, d'élaborer des statuts, enfin de convoquer, au moment opportun, une réunion constitutive.

Cette réunion a eu lieu le 24, août dans une des salles de l'Hôtel de Ville de Bourges.

Etaient présents : MM. Babillot, *Président* ; Courrèges, *secrétaire* ; de Bellamy ; Decencière ; Deroin ; Durand ; Fauconnau ; Hervier ; Imbert Jannin ; Ladevèze ; Lintillac ; Mérault ; Moreau ; Nollet ; Témoin, père ; Témoin, fils.

Etaient représentés : MM. Carton, Courtault, Deschamps, Gressin, Motta, Petit fils, Proux, Valude.

Statuts.

M. le Président ouvre la séance et donne la parole au Dr Courrèges pour la lecture du compte rendu des négociations préliminaires à l'organisation syndicale.

M. Courrèges insiste particulièrement sur les attributions et le but de la nouvelle association destinée à compléter la Société de prévoyance et à imprimer une action nouvelle à l'étude des questions professionnelles.

Le Président donne ensuite lecture du projet de réglement présenté par le Bureau provisoire et en propose le vote article par article.

Ces statuts, après quelques observations de détail, sont adoptés à l'unanimité.

Bureau.

Il est ensuite procédé à l'élection du Bureau définitif conformément aux prescriptions statutaires :

Président : M. le Dr Babillot, de Bourges.
Vice-Président : M. le Dr Mérault, de Mehun.
Secrétaire général trésorier : M. le Dr Courrèges, des Aix d'Angillon.
Secrétaire des séances : M. le Dr Imbert, de Bourges.
Membres de la Chambre syndicale : MM. les docteurs Hervier, de Vierzon ; Moreau, de Bourges ; Drancière, de Saucergues ; Ladevèze, de Saint-Florent ;

Loi sur l'exercice de la pharmacie.

Le Syndicat, après avoir pris connaissance des articles 11 et 12 de la proposition de loi, ainsi que de la critique très justifiée parue dans le nº 29 du *Concours médical*, adopte à l'unanimité pour ces articles la rédaction proposée par M. le Dr Gassot et aussi la mesure transitoire applicable aux médecins établis en vertu de la loi de Germinal.

Société de secours mutuels.

Cette question est l'objet d'une discussion animée à laquelle prennent part presque tous les membres. Le Syndicat adopte, à la majorité, la rédaction suivante :

Considérant que le médecin isolé en face des Sociétés de secours mutuels, est obligé souvent de subir des conditions humiliantes que la concurrence entre confrères lui fait une nécessité d'accepter ;

Considérant que cette situation fâcheuse est tout aussi préjudiciable aux Sociétés qu'attentatoire à la dignité des médecins ;

Le syndicat, après en avoir délibéré, respectant les droits acquis et les contrats en cours d'exécution que les titulaires croient de leur intérêt de respecter;

Emet l'avis qu'à l'avenir les Sociétés de secours mutuels soient mises en demeure d'accepter un tarif syndical à la visite et qu'aussi les sociétaires puissent à leur gré choisir leur médecin parmi les praticiens qui auront accepté ce tarif.

Service militaire des étudiants.

M. le Dr Mérault, conseiller général, déclare qu'il a déposé la veille un vœu tendant à la révision de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889, vœu dont le texte a été rédigé et adressé par le Bureau de l'Union des syndicats.

M. le Dr Mérault est vivement félicité de son obligeante et confraternelle sollicitude.

Ces décisions diverses seront transmises au Président de l'Union des syndicats.

Le Secrétaire général : Dr Courrèges.

Syndicat médical de la Marne, section d'Épernay.

13 Août 1893

Présents : les docteurs Pellot, *président* : Evrard, *secrétaire* ; Verron, Janin, Oudiné père, Godart, Leclère, Demange, Cossin, d'Oger de Spéville, Limasset, Evrard, Mangin, Choquart et Mollin.

Excusés : les docteurs Michel, Plicot, Jaquinot, Couillaud, Péchadre, Moret et Dunand.

Présentation de nouveaux membres.

Le docteur Prioux, d'Epernay, qui assiste à la séance ; le docteur Loriot, de Damery.

L'ordre du jour appelle la discussion des propositions énoncées dans la circulaire du Président de l'Union des Syndicats.

Loi sur l'Exercice de la pharmacie.

En ce qui concerne l'article 12 de la loi sur l'exercice de la pharmacie, le Syndicat propose de le formuler ainsi :

Art. 12. — Les pharmaciens ne pourront délivrer sans ordonnance de médecin que des médicaments simples sans aucune propriété vénéneuse, sous leur entière responsabilité, et portant leur étiquette mentionnant la nature et la dose du médicament.

Quant à l'article 11, voici la formule proposée par le Syndicat :

Art. 11.— Tout médecin visitant un malade dans une localité où n'existe pas de pharmacie a le droit de porter les médicaments d'urgence.

Assistance publique.

La discussion de la question du traitement des malades aisés dans les hôpitaux trouve tout le monde d'accord sur le fond, et l'on ne discute que quelques points de détail pour s'arrêter enfin à la rédaction suivante :

« Le Syndicat exprime le vœu que les malades en situation de recevoir à leurs frais les soins dont ils ont besoin, ne soient pas admis dans les hôpitaux. Un malade doit, pour y être admis, être muni d'un certificat d'indigence, appuyé de sa feuille de contribution ; autant que possible, le médecin traitant y joindra son certificat. »

Société de Secours Mutuels.

La question des rapports avec la Société de Secours mutuels est renvoyée à une séance ultérieure, afin de profiter du questionnaire annoncé par le Président de l'Union.

Service Militaire des Étudiants.

Le Syndicat vote l'adoption du vœu de l'Union concernant le service militaire des étudiants en médecine et décide de proposer au Conseil général de la Marne la rédaction modifiant l'art 23 de la loi du 15 juillet 1889, afin

qu'il émette à son tour un vœu favorable (1).

Répression de l'exercice illégal.

Le jour étant proche de la mise en vigueur de la loi sur l'exercice de la médecine, le Syndicat doit penser à son mode d'action dans la répression de l'exercice illégal. Un conseil judiciaire sera nommé dans ce but incessamment. D'ailleurs, tout membre du Syndicat à la connaissance duquel viendra un fait d'exercice illégal en informera le Président, et celui-ci prendra la délibération du Bureau avant d'agir.

Délégué à l'Union des Syndicats.

Avant de se séparer, le Syndicat désigne son Président, docteur Pellot, comme délégué à la prochaine assemblée générale des Syndicats.

Le Secrétaire, EVRARD.

Membres du Syndicat.

MM. Couillaud, à *Epernay* ; Chéruy, à *Hautvillers* ; Cossin, à *Avize* ; Choquart, à *Pleurs* ; Demange, à *Orbais-l'Abbaye* ; Dunand, à *Esternay* ; Evrard, à *Epernay* ; Godart, à *Epernay* ; Hugé, à *Sézanne* ; Jacquinot, à *Epernay* ; Janin, à *Vertus* ; Leclère, à *Condé-en-Brie (Aisne)* ; Limasset, à *Dormans* ; Laydeker, à *Avize* ; Loriot, à *Damery* ; Mangin, à *Ablois-St-Martin* ; Moret, à *Dormans* ; Mollin, à *Port à Binson* ; Michel, à *Esternay* ; Oudiné père, à *Barbonne-Fayel* ; Oudiné fils, à *Barbonne-Fayel* ; d'Oger de Spéville, à *Epernay* ; Plicot, à *Fère-Champenoise* ; Patenôtre, à *Sézanne* ; Pellot, à *Epernay* ; Prioux, à *Epernay* ; Péchadre, à *Epernay* ; Soyeux, à *Jalons-les-Vignes* ; Verron, à *Epernay*.

REPORTAGE MÉDICAL

Banquet offert, sur l'initiative de la presse médicale, par les médecins Français, aux médecins de la flotte Russe. — Vendredi, 20 octobre, l'immense salle à manger de la rotonde du Grand Hôtel était comble. La musique d'un régiment de la garnison, mise à la disposition de la presse, accueillait l'entrée des médecins russes ; la décoration de drapeaux et de fleurs était d'un grand effet. A la table d'honneur, MM. Okhotine, Brandt, Medwedef, Aristoff et Botkhine prennent place avec le Président de la presse médicale : M. le professeur Cornil, MM. Brouardel, Bouchard, Verneuil, Sappey, Strauss, Cadet de Gassicourt, Labbé, Polaillon, Joffroy, un grand nombre de médecins des hôpitaux, d'agrégés et MM. Dujardin-Beaumetz, directeur du service de santé ; Lucas, médecin en chef de la marine, Hyades, médecin en chef de l'Escadre Française, ainsi que tous les membres de l'Association de la presse médicale.

M. *Pasteur*, qui avait promis d'assister au banquet, s'était fait remplacer par M. Roux. M. Laborde donnait lecture de la lettre de M. Pasteur, et on lisait la dépêche de la Société des médecins de Pétersbourg, qui remerciait la presse médicale et faisait des vœux pour l'alliance éternelle des hommes de science et des deux peuples.

Ces deux lectures, accueillies par d'unanimes applaudissements, préludaient d'une façon très heureuse au menu excellent du *Grand Hôtel* qui avait voulu faire, lui aussi, sa manifestation et qui soignait nos hôtes.

Des toasts chaleureux ont été portés par MM. Cornil, Brouardel, Okhotine, Roux, Dujardin-Beaumetz, Lucas et Hyades.

(1) Dans sa séance du 22 août, le Conseil général de la Marne, sur la proposition de Monsieur Charles Gérard, interprète du Syndicat médical d'Epernay, a émis un vœu favorable à la rédaction modifiant l'art. 23 de la loi du 15 juillet 1889.

Le médecin en chef de l'escadre, M. Hyades, avait eu l'heureuse idée de prononcer deux noms chers à la Russie et à la France : ceux de MM. Charcot et Botkhine. Le fils de M. Botkhine répondit alors à M. Hyades d'une façon si ardente, que, non seulement il fut couvert d'applaudissements, mais qu'en outre il fut porté en triomphe, de la salle du Banquet dans le salon voisin ; une partie seulement de l'auditoire a pu applaudir les toasts qui ont suivi et surtout celui de notre très aimable collègue, M. Laborde, qui parlait aux médecins Russes, au nom de la presse médicale.

Bientôt une brochure retracera le souvenir de cette bonne soirée, et sera envoyée aux médecins Russes et aux membres de l'Association de la presse.

— M. le Dr Le Fort, vice-président de l'Académie de médecine, professeur de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, vient de mourir subitement.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ECOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Viennent de paraître :

1° **Guide sanitaire des troupes et du colon aux colonies**, par le Dr VILLEDARY, Médecin-Major de deuxième classe, Ancien Médecin des Ambulances du Corps expéditionnaire du Tonkin, 20e volume de la Petite Encyclopédie médicale, net *franco* **2** fr. **40** pour MM. les membres du Concours médical.

2° **Melville** (Dr H.). — **Guide pratique pour la préparation et l'injection des liquides organiques** (Méthode de Brown-Séquard). 1 volume in-8° de 92 pages, Cartonné toile, **5** fr. Net franco **4** fr. pour MM. les membres du Concours médical.

La thérapeutique est actuellement en plein travail d'évolution, pour ne pas dire de révolution. La découverte de la tuberculine par Koch, l'invention de la méthode de Brown-Séquard ont donné lieu à une série de tentatives, dont il serait prématuré de tirer des conclusions pratiques. Disons, en un mot, que l'on est de plus en plus porté à abandonner les bons vieux remèdes qui ont guéri ou paru guérir un si grand nombre de générations, et à recourir à différents liquides des sucs organiques que l'on introduit dans l'organisme malade.

Tel est, notamment, le cas de la méthode de Brown-Séquard. Ce savant physiologiste a été conduit, par des déductions purement théoriques, à essayer de rendre de la vigueur aux corps affaiblis par l'injection de certains liquides organiques pris sur des animaux sains. D'après lui et ses imitateurs, ces injections seraient douées d'une efficacité certaine, et bientôt on ne s'est pas contenté de les employer chez des personnes faibles ; on y a eu recours dans d'autres maladies. Puis on a imaginé de se servir d'autres liquides organiques pour d'autres troubles morbides. Bref, on est en train de révolutionner la thérapeutique.

Quoi qu'il en soit, le Dr Melville a eu l'heureuse idée de condenser en un volume un résumé de tout ce qui a été publié sur ce sujet. Dans une première partie, il expose l'historique de la découverte, les recherches auxquelles elle a donné lieu, le résultat des expériences, ainsi que le mode d'action du liquide injecté.

Dans la seconde partie, consacrée à la technique des injections, l'auteur fait connaître la façon de préparer et de conserver le liquide, la description des instruments auxquels on doit avoir recours, en un mot, tout ce qui se rapporte à la pratique des injections.

Ce livre, très bien conçu et écrit dans un style clair et attrayant, est indispensable à tous les praticiens qui voudraient faire des essais de la nouvelle méthode, qui a fait tant de bruit dans le monde médical. Dr M.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année N° 44 4 Novembre 1893

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement de la pneumonie par la glace.

Un traitement qui doit renverser bien des gens et leur paraître paradoxal, est celui du Dr Thomas Mays, de Philadelphie, contre la pneumonie franche aiguë.

Selon l'auteur, nous possédons dans la glace un moyen puissant d'influencer la gravité du processus pneumonique. L'auteur croit que le froid convenablement appliqué aura la même influence sur la mortalité de la pneumonie qu'il a eu sur la mortalité de la fièvre typhoïde. Cette opinion de l'auteur est basée sur 50 cas de pneumonie traités par cette méthode. Voici quels sont les effets du froid dans la pneumonie :

Il modifie les signes physiques du processus pneumonique. Ayant constaté, dans un endroit quelconque du poumon affecté, l'absence du murmure respiratoire, de la respiration tubaire, de la matité à la percussion, on peut s'assurer que l'application de la glace aura une influence remarquable en très peu de temps. On pourra alors constater des crépitations, la réapparition du murmure respiratoire et la diminution de la matité.

Influence sur les autres symptômes. — Les douleurs, la difficulté de respiration, la toux et l'expectoration sont améliorées d'une façon remarquable. La température diminue parfois de 3 degrés dans l'espace d'une demi-journée. La glace produit un tel bien-être général que les malades s'y soumettent très volontiers, même ceux qui, au début, protestaient contre.

La glace peut-elle avoir des inconvénients dans la pneumonie ? L'auteur n'a jamais vu l'application de la glace être accompagnée ou suivie de symptômes fâcheux, quoiqu'il eût des malades auxquels on appliquait la glace pendant plus de quinze jours. L'auteur cite le docteur Lees qui professe la même opinion.

L'âge des malades soignés par l'auteur variait depuis six mois et demi jusqu'à soixante-quatorze ans.

On aurait par ce procédé des résultats huit fois plus favorables que par les autres traitements.

(*Bulletin de Thérapeutique.*)

Moyen de rendre inoffensive l'analgésie cocaïnique par l'addition de Trinitrine.

L'usage de la cocaïne comme anesthésique local se généralise de jour en jour ; mais ce qui empêche encore certains praticiens de se servir de ce précieux agent thérapeutique, c'est que, même en se conformant aux règles et à la technique, qui sont recommandées pour son usage, il se produit encore de très fréquents accidents.

Rappelons ces règles en deux mots :

1° Dose de 1/2 à 2 centigrammes pour les petites opérations ; de 5 à 6 centigrammes pour les opérations d'une certaine importance ; très rarement dépasser 15 et ne jamais atteindre 20 centigrammes pour les opérations à large champ ;

2° Dans les cas où on arrive aux fortes doses (de 5 à 15 centigrammes), morceler la quantité à injecter en un plus ou moins grand nombre d'injections ;

3° Abaisser le titre de la solution à 1 ou 2 % ;

4° N'opérer le malade que couché ;

5° Eviter soigneusement de pousser l'injection dans une veine.

Voilà donc des règles générales bien précises, dont il ne faut jamais se départir. En s'y conformant, on serait, au dire des partisans de la méthode, à l'abri de tout accident sérieux. Mais il en est de la cocaïne comme des autres alcaloïdes, ses effets physiologiques sont très variables, suivant les sujets, et il faut compter tou-

jours avec les idiosyncrasies et l'intolérance de certaines personnes pour certains médicaments. Il est vrai qu'à ces règles générales on ajoute, comme recommandation spéciale, que la cocaïne étant un agent vaso-constricteur et ischémiant, il faut en être tout particulièrement parcimonieux à l'égard des vieillards, des artério-scléreux, des cardiaques, des anémiques, des neurasthéniques, des cachectiques. Mais, en vérité, est-il toujours possible de deviner les idiosyncrasies, de reconnaître, par exemple, l'irritabilité vaso-motrice de certains sujets ?

M. le Dr *Gauthier* (de Charolles), après avoir montré l'insuffisance d'un grand nombre de moyens conseillés jusqu'ici, préconise l'usage de la *trinitrine* simultanément avec la cocaïne; la trinitrine étant un médicament qui a une action physiologique neutralisante de celle de la cocaïne.

Il s'arrête à la formule suivante :

Eau distillée...........	10 grammes
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 20 centigr.
Solution alcoolique de trinitrine au 100e	X gouttes.

(Chaque seringue de Pravaz contenant ainsi 2 centigr. de cocaïne et une goutte de la solution trinitrinée.)

L'auteur prétend que, depuis deux ans qu'il use de ce procédé, il n'observe plus aucun des accidents, même légers, dus à la cocaïne, employée seule.

Un nouveau procédé d'extraction des corps étrangers de l'urèthre.

Un des membres du Concours médical nous indique, pour l'extraction des corps étrangers de l'urèthre, un nouveau procédé aussi simple qu'ingénieux dû à M. le Dr Dayot, père, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Rennes.

Nous en donnons une brève description.

On prend une mince lame de plomb laminée, on l'enroule autour d'une tige rigide ou d'une sonde, de façon que les spires se touchent et ne forment pas d'inégalités. Le corps étranger est maintenu avec les doigts de la main gauche de façon à empêcher son refoulement en arrière. La sonde de plomb, préparée comme nous venons de le dire, est alors introduite aussi profondément que possible, de façon à faciliter l'engagement du corps étranger dans sa partie creuse. Les doigts de la main gauche aident à cette manœuvre.

Dès que le chirurgien est sûr que le corps étranger est bien saisi, par une pression légère il aplatit la sonde de plomb, qui retient ainsi le corps étranger et la retire doucement.

Le Dr Dayot a réussi par ce moyen dans plusieurs cas où les autres méthodes d'extraction avaient échoué, notamment dans trois cas récents qui font le sujet de la thèse du Dr René Dayot, fils.

La mortalité des nouveau-nés placés en nourrice.

Le Dr F. Ledé nous prie de reproduire la communication qu'il a faite à l'Académie de Médecine sur la mortalité des nouveau-nés, placés en nourrice, dans leur premier mois de placement, et les rapports de cette mortalité avec les conditions actuelles du transport.

Il établit que la mortalité des enfants librement placés en nourrice par leurs parents, dans leur premier mois de vie, est de 12.81 %. La mortalité des enfants des nourrices sur lieu, dans les mêmes conditions, s'élève à 18.23 %, tandis que la mortalité des enfants assistés de même catégorie n'est que de 3.46 %. — La faible mortalité de ces derniers tient à la visite sérieuse faite à l'hospice où sont retenus les enfants les plus débiles, dont la mortalité à l'hospice est au minimum de 8.18 %, et à de meilleures conditions de transport. Néanmoins, en trois années (1890-1891-1892), sur 179.029 naissances vivantes à Paris, 55.207 enfants ont été envoyés en nourrice et il n'a été examiné que 23.432 nourrices dites à emporter, dont 4.069 habitant Paris ou la banlieue ; — 33.046 enfants ont donc été confiés, en province, à des nourrices sans certificats et sans aucune garantie. C'est ce que le Dr Ledé a vérifié lors de ses visites dans les gares de Paris, où une nourrice sur dix a un livret ou a fait ses déclarations —, les autres prennent des enfants par connaissance, ou par l'intermédiaire d'amis, de sages-femmes, et malheureusement d'agences clandestines.

Sur les 55.207 enfants, 37.955 devaient être élevés au biberon et combien d'autres destinés à mourir ? Car si, en une année, il y a 19.300 déclarations de placement, les rapports des Inspecteurs départementaux constatent la présence en province de 40.405 enfants parisiens en nourrice. Des mesures spéciales ont été prises dans le département de la Seine, mais elles ne touchent que les bureaux de placement. L'inspection faite par l'auteur de cette étude dans les gares montre qu'il faut prendre des mesures efficaces pour améliorer le transport des nourrissons, mesures nécessitées par leur mortalité si élevée et l'utilité de conserver au moins les enfants nés en bonne santé, et de ne pas laisser partir des enfants moribonds.

Il est opposé jusqu'alors à la création d'asiles où seraient élevés en grand nombre les nouveau-nés. La contagion et la contamination rapides dans ces agglomérations d'enfants ne peuvent être que préjudiciables à la santé et à la vie des enfants. Aussi, outre ces desiderata et malgré son opposition à la création d'asiles d'élevage tels qu'on a proposé d'en établir, demande-t-il la création d'un asile où seraient envoyées pendant quelques jours les nourrices ayant des nourrissons trop débiles pour supporter le voyage ; si l'enfant mourait, la nourrice pourrait se procurer un autre nourrisson, éviter de nouveaux frais de voyage et être utile à une autre famille.

CLINIQUE GÉNITO-URINAIRE

La blennorrhagie chez l'homme. — Son traitement et ses conséquences.

La question est loin d'être neuve ; mais, pour courir les rues, je pourrais même dire, les urinoirs, elle n'en est pas moins difficile.

Qui ne se croit capable de traiter cette maladie banale ? Tout le monde, surtout les charlatans, sait exploiter la crédulité des nombreuses victimes du coup de pied de Vénus. Inutile d'insister ; on peut dire, sans crainte d'erreur, que sur cent hommes, il y en a bien 98 qui ont

eu au moins une fois la chaude-pisse. Comment se sont-ils guéris ? Ce serait un curieux catalogue à dresser que de classer le traitement de chacun. D'abord, près de la moitié ne s'en est jamais débarrassé complètement. Quant à l'autre moitié, elle a employé l'un le sulfate de zinc, l'autre le sublimé, un troisième le nitrate d'argent, un quatrième la résorcine, un cinquième........ un journal ne suffirait pas à énumérer les substances essayées, sans parler des traitements charlatans de water-closets.

La vérité est que le traitement de la blennorrhagie est une affaire de tâtonnement, mais de tâtonnement scientifique, entendons-nous. Il ne faut pas essayer successivement tous les médicaments proposés, sans méthode, sans suite ; c'est le moyen d'éterniser une chaude-pisse, et en même temps d'abîmer l'urèthre et le tempérament de son malade (qu'on me pardonne ce langage trivial, mais bien expressif). Tout le monde croit avoir son moyen de guérir la blennorrhagie ; heureusement, il n'y a guère que les médecins sérieux et savants, qui ne croient pas le posséder ; c'est la meilleure preuve qu'il ne faut pas soigner cette maladie à la légère.

L'ère des plaisanteries et des moqueries est terminée, espérons-le. Il est temps de faire pénétrer dans l'esprit du public que la vulgaire chaude-pisse a de trop graves conséquences dans l'avenir pour n'être pas considérée comme un danger redoutable. Nous essaierons d'abord d'indiquer les méthodes scientifiques de traitement de la blennorrhagie, puis, dans une seconde partie, nous énumérerons ses funestes conséquences et les moyens qu'on peut leur opposer.

I

Dans le traitement de la blennorrhagie, il faut tenir compte : 1° de l'état d'acuité ou de chronicité de l'affection ; 2° du terrain, c'est-à-dire du tempérament du sujet.

Le traitement classique de la *blennorrhagie aiguë* est préconisé par de nombreux cliniciens dont nous ne saurions suspecter la compétence. Il doit être essayé dans tous les cas de blennorrhagie aiguë, avant tout autre moyen :

1. Grand bain d'une durée de trois quarts d'heure à une heure, tous les jours, ou au moins tous les deux jours ;

2. Abstention de vin pur, bière, liqueurs fortes, café, épices, gros gibier, gros poissons de mer, crustacés, asperges ; de même pas de fatigues exagérées, ni de veilles prolongées ; pas de cause d'excitation vénérienne ;

3. Port d'un suspensoir et lavages quotidiens répétés de la verge, du gland et du prépuce ;

4. Au bout de deux à trois semaines, alors que l'écoulement est devenu moins épais, moins abondant et les mictions moins douloureuses, suppression des bains ; administration, à chacun des trois repas et le soir en se couchant, de 2 ou 3 capsules balsamiques, soit à l'extrait hydro-alcoolique éthéré de cubèbe, soit à l'essence de santal, soit au copahu.

Ce traitement comporte les moyens antiphlogistiques en usage dans la vieille méthode française, telle qu'elle a été recommandée par Ricord, par les médecins de l'hôpital du Midi et par les maîtres lyonnais, Rollet, Diday, Doyon. Il s'appuie uniquement sur l'observation d'un certain nombre de faits dans lesquels la méthode suppressive d'emblée, suivie pendant de longs mois par les malades, n'a réussi qu'à leur procurer la disparition provisoire, jamais définitive, de l'écoulement.

L'observation clinique a depuis longtemps démontré que la blennorrhagie est en général d'autant plus courte et plus facile à guérir qu'elle est plus aiguë et qu'on l'aide à parcourir plus librement les premières étapes de son évolution.

Dans l'immense majorité des cas, sous l'influence de ce traitement, l'écoulement diminue rapidement et la guérison peut même survenir sans traitement local (1).

« Mais, le plus souvent, il est utile de traiter directement aussi l'urèthre. Il ne faut pas perdre de vue que la *blennorrhagie est une affection chirurgicale septique et doit être traitée comme telle*, c'est-à-dire par des remèdes externes. Ainsi, le traitement devra être antiseptique. De plus, l'uréthrite blennorrhagique est une uréthrite totale : la médication devra porter sur la totalité du canal. Enfin, le siège du gonocoque dans la profondeur de l'épithélium le mettant hors de la portée directe des antiseptiques, force est d'agir indirectement, c'est-à-dire en favorisant, en exaspérant la diapédèse, qui est le mécanisme physiologique de la guérison.

« Quelle que soit la méthode à laquelle on a recours, il faut toujours assurer l'asepsie du méat et du gland. On évitera de la sorte les inoculations continues. On fera donc des lavages avec des solutions antiseptiques légères (acide borique, à 4 0/0 ; bichlorure Hg. à 1/5000, etc.). On poudrera le prépuce avec de l'acide borique mélangé au talc ou au sous-nitrate de bismuth ; enfin, on mettra devant le méat un peu de coton salicylé, qui servira de pansement et évitera au malade de souiller son linge de produits éminemment virulents.

« Il existe des cas exceptionnels où l'on se trouve en présence d'individus, dont l'urèthre antérieur est seul pris, et seulement dans les couches épithéliales les plus superficielles. Ce sont, bien entendu, des sujets chez lesquels la blennorrhagie date de peu d'heures. On est alors parfaitement autorisé à tenter un traitement abortif, qui peut réussir et constituer alors un véritable triomphe. Il est évident qu'avant d'y recourir il faut avoir constaté la présence du gonocoque dans l'écoulement séro-purulent de la période du début. La reconnaissance du gonocoque dans le pus doit précéder toute tentative de traitement quelle qu'elle soit.

« On s'est toujours préoccupé de l'abortion de la blennorrhagie. A vrai dire, nos prédécesseurs nous ont laissé des notions pratiques auxquelles nous n'avons guère ajouté. Depuis Debeney, c'est toujours le nitrate d'argent qui est l'agent efficace. »

Le traitement *abortif* par le nitrate d'argent peut être appliqué de la manière suivante, indiquée par M. Audry, de Toulouse (2) :

La solution argentique est à 1/35. On fait faire une injection toutes les 7 heures, jusqu'à 3 injections, en recommandant au malade de garder

(1) Guiard. *La Pratique Médicale*, 1893.
(2) Audry. *Clinique*, in *Mercredi médical*, n° 40.

le liquide (3 ou 4 c.mc.), pendant cinq minutes, le gland et le méat immergés dans la solution. Tous les jours, on lave extérieurement le gland, le prépuce, le méat avec une solution antiseptique faible, mais chaude. En trois ou quatre jours, tout est terminé, écoulement et douleur.

Mais, en général, il ne faut pas trop compter sur le succès ; pour se placer dans les meilleures conditions, il est nécessaire de choisir un cas où l'écoulement ne date que de 24 heures.

Si ce traitement a échoué, il faut se hâter d'instituer la méthode thérapeutique classique.

Dans le cas où l'uréthrite blennorrhagique est *chronique* et date de longs mois, sans reprises d'accès aigus, la meilleure méthode à instituer est celle de Guyon, les instillations uréthrales.

Rappelons en quelques mots, d'après M. Boursier, la technique des instillations :

Instrumentation. — L'appareil pour pratiquer ces instillations se compose : 1° d'un explorateur en gomme flexible, à boule olivaire, creux dans toute sa longueur et percé au sommet de l'extrémité olivaire d'un petit orifice, admettant à peine une épingle. On se sert des n°s 18 à 22 pour les instillations dans l'urèthre antérieur, des n°s 12 à 14 pour les instillations dans l'urèthre postérieur ou dans la vessie ;

2° Une seringue du même modèle que celle de Pravaz pour les injections hypodermiques, mais d'une contenance de 2 à 4 grammes.

Manuel opératoire. — On amorce l'instillateur auquel on adapte solidement la seringue chargée de liquide et purgée d'air. Chaque demi-tour de piston fait écouler une goutte de la solution.

Dans l'uréthrite antérieure localisée au cul-de-sac du bulbe, on introduit la bougie jusqu'à ce qu'elle vienne buter contre la portion membraneuse de l'urèthre, puis on la retire de 2 à 3 centimètres et on instille quatre à six gouttes de liquide. On laisse la boule en place pendant quelques minutes pour empêcher le liquide de s'échapper, et si l'on ne veut pas ensuite que ce liquide agisse sur toute l'étendue du canal, on l'aspire avec l'instillateur avant de retirer la bougie olivaire.

Si l'on veut agir sur l'urèthre postérieur, on laisse, avant l'instillation, une certaine quantité de liquide dans la vessie. Si l'instillation doit être faite sur le col et la muqueuse de la vessie, on fait uriner le malade. On introduit la bougie, on franchit le sphincter membraneux et on injecte dans l'urèthre postérieur la quantité de gouttes nécessaires qui refluent jusque dans la vessie. On retire ensuite la boule : le liquide est retenu par le sphincter membraneux.

La douleur qui résulte des instillations peut être très vive, surtout lorsque celles-ci sont faites dans l'urèthre postérieur, mais elle disparaît pour ne plus se manifester après quelques instillations.

Généralement on a recours à des instillations de nitrate d'argent à 1/50 (4 à 5 gouttes), répétées tous les deux jours. Après la première instillation, l'écoulement devient plus abondant : mais le plus souvent, quand il s'agit seulement d'uréthrite antérieure, il y a disparition complète de l'écoulement après la quatrième ou cinquième instillation.

L'*uréthrite postérieure* a plus de tendance à devenir chronique, et s'accompagne souvent d'inflammation du col de la vessie. On emploie les instillations de nitrate d'argent à 1/50 ; tous les deux jours on instille 15 à 20 gouttes de cette solution.

Après 12 ou 15 instillations, l'uréthrite postérieure est guérie. Si elle persiste, il faut cesser les instillations pendant deux à trois semaines, puis recommencer une nouvelle série. La persistance et même l'aggravation de l'inflammation surviennent à la suite des instillations dans les *uréthrites d'origine tuberculeuse*, dans les *uréthrites tuberculeuses* ; aussi les instillations argentiques sont *absolument contre-indiquées* dans ces affections.

On se sert aussi du sulfate de cuivre à 1/20, et du sublimé.

La dose maniable pour le sublimé s'étend de 1 pour 5.000 à 1 pour 1.000 : chez un malade on peut aller jusqu'à 1 pour 850. La solution doit être sans alcool et le véhicule de choix est l'eau bouillie.

La méthode des instillations est une méthode toute locale qui ne nécessite aucun régime particulier, sauf le cas où le tempérament du sujet est lymphatique ou scrofulo-tuberculeux.

La question du terrain est, en effet, capitale dans le traitement de la blennorrhagie.

Les lymphatiques et scrofuleux sont plus aptes à contracter la maladie que les autres, et, de plus, ils ne peuvent en être débarrassés que fort difficilement. De plus, s'ils ont des complications, ces complications sont très souvent tuberculeuses (arthrites, orchites, cystites, prostatites).

A ces malades, il faut donner des toniques : du quinquina, de l'arsenic (arséniate de soude), de l'huile de foie de morue, de l'iode (iodures, teinture d'iode, solution iodo-iodurée).

Nous ne saurions terminer ce rapide aperçu des méthodes de traitement antiblennorrhagique sans parler de celle qui paraît avoir donné les meilleurs résultats et qui semble appelée à se généraliser à presque tous les cas. Cette méthode est celle de Janet, que M. Reverdin a adoptée en la modifiant un peu. C'est le *permanganate de potasse* qui constitue le médicament de la méthode de Janet. Employé de cette manière, le permanganate de potasse est réellement le spécifique de la blennorrhagie et, toutes les fois que cela sera possible, c'est évidemment à lui qu'on devra recourir.

La raison de son efficacité est fournie par ce fait que la méthode remplit parfaitement toutes les conditions exigées : antisepsie ; contact prolongé avec la totalité du canal uréthral ; exaspération de la diapédèse. Elle est d'une application très simple qui la met à la portée de tous ; elle ne nécessite à peu près pas d'instruments ; elle réclame seulement un peu de tact et de patience de la part du médecin, une assiduité absolue et un peu de courage de la part du malade.

« La méthode de Janet consiste à faire passer à travers l'urèthre et jusque dans la vessie une quantité considérable d'une solution de permanganate de potasse d'un titre variable. Il suffit, pour la mettre en pratique, d'avoir un récipient en verre gradué de la contenance de 2 litres, muni à son extrémité inférieure d'une tubulure à laquelle on adapte un tube de caout-

chouc, long de 2 mètres environ, qui présente sur son parcours un robinet.

« A l'extrémité libre du tube, on adapte des canules en verre à extrémité mousse d'un calibre assez petit pour pénétrer dans l'urèthre à 0,01cm de profondeur. Le récipient doit pouvoir être accroché à des hauteurs différentes : en effet, c'est par la seule pression que le liquide doit pénétrer dans la vessie, en forçant le sphincter uréthral. Or, si une pression moyenne de 0m80 est d'ordinaire plus que suffisante, il en faut parfois de beaucoup plus considérables.

« On fait pisser le malade, puis, avec la solution, tiédie autant que possible, on commence par laver le prépuce, le méat, l'urèthre antérieur à méat ouvert. Enfin, on ferme le méat sur la canule et on distend l'urèthre antérieur par saccades en interrompant de temps en temps le courant, et on attend en surveillant la descente du liquide dans le récipient. Au bout d'un temps qui varie, suivant les sujets, de quelques secondes à quatre ou cinq minutes, la colonne passe et le liquide pénètre jusque dans la vessie. C'est un excellent artifice que de conseiller au malade de faire des efforts d'urination pour favoriser le relâchement musculaire. Chez quelques malades, on ne peut pas arriver à passer pendant la première séance, quels que soient le temps et la pression employés ; on y arrive toujours à la deuxième ou troisième tentative. Il faut, autant que possible, faire les lavages au malade couché.

« On laisse entrer le liquide dans la vessie jusqu'à ce que le patient accuse le besoin d'uriner. On arrête le lavage ; on fait pisser le malade en lui apprenant à fermer de temps en temps le méat, de telle sorte que le liquide, brusquement arrêté dans son expulsion, dilate l'urèthre, et, en particulier, son segment postérieur d'arrière en avant et achève de pénétrer au contact de tous les points. En général, la quantité de liquide injectée ne dépasse pas 200 grammes. On refait un second lavage semblable : on lave le méat et on le couvre d'une lame de coton.

« Quelles solutions doit-on employer ? Leur titre varie considérablement d'après la susceptibilité des sujets ; la meilleure règle d'appréciation consiste à choisir, en tâtonnant, la solution apte à provoquer les phénomènes de réaction locale.

« Chez quelques individus, des solutions à 1/5000 sont parfaitement suffisantes. En général, on peut débuter par la solution à 1/3000 et l'on augmente ou l'on diminue le titre, suivant le degré de sensibilité et l'intensité de la réaction » (1).

M. Reverdin emploie les solutions à 1/5000, à la température de 45 degrés.

Lorsqu'on a affaire à une blennorrhagie aiguë ou tout à fait récente, on fait deux injections en 24 heures.

En règle générale, il faut apporter une grande énergie à exiger qu'elles ne soient jamais séparées par un intervalle de plus de vingt-quatre heures. C'est un point sur lequel Janet a justement insisté : d'ordinaire six ou sept suffisent ; d'autres cas ont nécessité des lavages pendant quinze, dix-huit, vingt jours consécutifs. Il faut les faire jusqu'à ce que les gonocoques aient disparu de l'écoulement matinal, et cela, pendant deux ou trois jours de suite. Il faut donc tenir le malade en observation avec soin, afin de faire aussitôt reprendre le traitement si les gonocoques reparaissent.

Du reste, l'examen de l'écoulement donne de très bons renseignements : il faut considérer comme probablement virulents tous les écoulements colorés en blanc ou en jaune. Au contraire, les exsudats séreux, même très abondants, ou rosés, sont d'un bon pronostic.

La réaction, que provoque le permanganate, est la suivante :

Peu d'instants après le lavage, on note une congestion intense de l'organe qui est turgide. Les lèvres du méat présentent un œdème transparent, violacé, énorme. Quelquefois on note un peu de ténesme temporaire. Enfin, il se produit un abondant écoulement de sérosité claire qui tache le coton en brun. Parfois, cet écoulement est teinté d'un peu de sang. La miction est douloureuse. Au bout de quelques heures, tout est rentré dans l'ordre ; il ne reste que l'écoulement et aussi de la douleur en urinant.

Au microscope, cet exsudat séreux contient des globules de pus, des globules rouges, des gonocoques, et surtout de nombreuses cellules épithéliales de toutes formes. Plus ces dernières sont abondantes et plus les leucocytes sont rares, plus le pronostic est satisfaisant.

Les CONTRE-INDICATIONS de cette méthode sont, d'après M. Audry, *l'existence d'une cystite et l'existence de folliculites endo-uréthrales.* Les complications épididymaires ne sont pas une contre-indication ; on ne les voit, d'ailleurs, jamais se produire dans le cours du traitement.

Nous ferons remarquer que nous n'avons pas parlé à dessein des injections, qui nous paraissent le plus souvent nuisibles, parce que les malades ne savent pas les faire.

M. Guyon a vu des suppurations prostatiques et périprostatiques mortelles succéder à des injections mal faites. Pallard a décrit des cystites bactériennes tenaces, dues à une telle origine. C'est là une des meilleures raisons qui engagent à les faire avec des substances activement antiseptiques. On a employé le sulfate de zinc, le sulfate de fer, de cuivre, le sulfate de quinine (1 %), l'acide picrique (0,05 %), l'eau oxygénée, le sublimé (1/10000), l'iodoforme, le permanganate de potasse à 1/200, la résorcine à 1/100, l'alumnol à 3/100, etc.

II

Les conséquences de la blennorrhagie sont innombrables : elles sont de deux sortes, immédiates et éloignées.

Les conséquences immédiates sont l'*orchite* ou plutôt l'*épididymite* uni ou bi-latérale, qui peut aboutir à la stérilité, la *cystite du col*, *la prostatite* et leur transformation en cystite et prostatite tuberculeuses, la *vésiculite tuberculeuse*, l'*arthrite* subaiguë, habituellement monoarticulaire, aboutissant soit à l'ankylose, soit à l'arthrite tuberculeuse, la *conjonctivite purulente*.

Les conséquences éloignées sont encore plus nombreuses et plus graves, parce qu'elles atteignent, non plus seulement le malade, mais encore sa propre femme, victime bien innocente la plupart du temps, que dis-je, même ses enfants. Le malade est exposé aux *rétrécissements* et à

(1) Audry, loco citato.

toutes leurs conséquences jusqu'à la rétention, l'infiltration d'urine, les abcès urineux, etc., à la *tuberculose testiculaire*, *aux pyélites ascendantes*, *aux myélites chroniques*, *névrites*, *sciatiques*, etc. La femme, qui l'a contractée de son mari, à la *métrite aiguë*, aux *salpingites*, *pelvi-péritonites*, *ovarites*, *suppurations pelviennes*, les enfants enfin à la *conjonctivite purulente* et à l'*ophthalmie*.

Nous ne parlerons pas du traitement de toutes ces complications. Là n'est pas notre but. Nous nous bornerons à étudier un point difficile de la pratique médicale : ce que le médecin doit faire pour éviter au moins les conséquences chez la femme du malade et, par suite, chez le nouveau-né. Nous nous aiderons, dans cette partie de notre travail, des recherches de M. *Janet* publiées dans les *Annales des maladies des voies génito-urinaires*.

Neisser a interdit le mariage à ceux qui sont infectés de blennorrhagie. Finger, dans son beau travail sur la blennorrhagie, eut la notion que cette précaution n'était pas suffisante, et il formula ainsi les conditions qu'il faut exiger des anciens blennorrhagiques pour les autoriser à se marier.

1° Caractère purement épithélial de la sécrétion et en particulier des filaments.

2° Absence complète de gonocoques dans cette sécrétion et dans ces filaments, même après l'irritation artificielle de la muqueuse par un lavage de l'urèthre au nitrate d'argent ou au sublimé (Preuve de Neisser, 1883).

Les caractères précédents doivent persister pendant deux à quatre semaines d'examen journalier.

3° Etre exempt de manifestation locale, rétrécissement, prostatorrhée, qui nécessiterait la prolongation du traitement.

Ces lois ont été universellement admises en Allemagne, en Autriche, en Angleterre et enfin en France. Quoique logiques, ces lois sont encore insuffisantes.

M. Audry est de l'avis de Finger ; il admet que la chaude-pisse n'est plus dangereuse quand il n'y trouve plus de gonocoques. « Chaque fois, dit-il, que plusieurs examens m'ont prouvé la disparition du gonocoque, je renvoie les patients sans autre recommandation très énergique que d'éviter tout coït non protégé par un condom. Du reste, avant d'en arriver là, j'ai soin de les engager à boire de la bière, de l'alcool, etc., afin de m'assurer de la réalité de la guérison. » Au besoin, on injecte quelques gouttes de nitrate d'argent à 1/200 et de sublimé à 1/2000, qui ne manqueront point de faire réapparaître une blennorrhagie tout à fait latente.

M. Janet n'est pas si large. Il prétend qu'il ne faut pas voir que le gonocoque dans la blennorrhagie, mais encore, *l'état de réceptivité* aux autres microbes que la blennorrhagie a créés pour l'urèthre. De telle sorte que, pour lui, les contre-indications absolues au mariage pour les anciens blennorrhagiques sont :

1° Le gonocoque ;

2° L'état de réceptivité.

L'étude que nous venons de faire explique suffisamment ces deux lois : la première, le danger du gonocoque matrimonial, ne mérite pas de nous arrêter, ce fait est aujourd'hui banal ; la seconde a besoin de quelques explications.

Si nous laissons marier un malade en état de réceptivité, même s'il est en très bon état au moment de son mariage, même si, grâce à nos soins, il n'a plus ni rétrécissement, ni filaments, ce malade, au bout de quelque temps de mariage, fait une infection secondaire qui vient soit de l'air, soit d'un coït extra-conjugal avec une femme métritique, soit du propre vagin de sa femme (nous savons, en effet, que les microbes qui habitent le vagin des femmes saines peuvent donner lieu à des infections uréthrales secondaires). Ces microbes, quelles que soient leurs sources, pullulent dans son urèthre, y acquièrent probablement une virulence spéciale par isolement de culture, et, finalement, sont inoculés à l'utérus de sa femme pendant un de ses moments de réceptivité, après les règles ou après les couches. Telle est l'histoire très simple des infections non gonococciques des femmes mariées. Il ne faudrait pas croire que ce soit un fait rare, si le gonocoque est fréquent dans les familles de tous les mondes, ces infections par microbes divers ne sont pas moins fréquentes ; il suffit de les chercher pour les trouver.

L'état de réceptivité est donc un vice redhibitoire absolu pour le mariage. Comment pourrons-nous le reconnaître sur le malade qui se présente à nous ?

Le seul moyen d'arriver à faire ce diagnostic, c'est de recueillir avec soin l'histoire du passé vénérien de ce malade, d'observer avec précision son état actuel, et de le suivre ensuite pendant un temps qui reste à déterminer.

Dans le passé on trouve le souvenir de nombreuses petites poussées d'uréthrites survenues quelques heures après les coïts les moins suspects, durant peu, faciles à guérir, relativement peu aiguës. Ces malades ont tellement l'habitude de s'infecter qu'ils redoutent toutes les femmes, ne coïtent qu'en condom ou même renoncent à coïter. Ils désirent se marier pour être sûrs d'avoir une femme saine. Ceux d'entre eux qui le font sont tout étonnés après leur mariage d'être infectés par leur femme comme par la première prostituée venue ; ils ne tardent pas, du reste, à lui rendre la pareille.

Pour ces raisons, M, Janet veut qu'après un traitement bien dirigé, paraissant avoir amené la guérison, on attende au moins *deux mois* pour observer la suite de la guérison, en reprenant la vie commune.

En cas de blennorrhagies anciennes, la première chose à faire est de faire disparaître le gonocoque, s'il existe ; quelques lavages de permanganate suffisent à obtenir ce résultat, et les infections secondaires, s'il y en a, par quelques lavages de sublimé. Il faut ensuite soigner, par les méthodes habituelles, l'urèthre ainsi désinfecté et prolonger longtemps ce traitement. La guérison rapide du blennorrhagique chronique par quelques cautérisations est un mythe. Il faut alors l'observer pendant six mois, huit mois, davantage même, jusqu'à ce que la suppression totale des précautions et la reprise des habitudes ordinaires aient affirmé la non réceptivité.

« Quelle conduite devons-nous tenir quand, malgré notre défense, le mariage a lieu, et quand on nous demande des conseils sur la manière d'éviter tout accident, et que devons-nous

faire, quand un accident a eu lieu et a été guéri, pour éviter son retour ?

Nous devons exiger que le mari se fasse visiter au début de la moindre recrudescence uréthrale, et s'abstienne absolument de coïts pendant qu'elle a lieu. Qu'il vienne nous trouver et se désinfecter immédiatement, si l'infection s'est produite, cela indéfiniment jusqu'à nouvel ordre.

Pour éviter les infections, il faut lui conseiller de se laver tous les jours le méat avec le sublimé à un trois millième, lui interdire absolument les rapports extra-conjugaux de quelque nature qu'ils soient ; lui recommander de ne pratiquer le coït qu'après avoir uriné, et de s'abstenir du coït pendant les cinq jours qui précèdent et les cinq jours qui suivent les règles ; en cas d'accouchement, pendant les trois mois qui suivent les couches, c'est-à-dire d'attendre le second retour de couches, ou son époque, si la mère nourrit son enfant.

Pour protéger encore plus efficacement la femme, il est bon de lui faire faire tous les jours de larges lavages vaginaux au sublimé de un cinq millième à un dix millième, et, dans les cas graves, d'exiger le coït en condom.

Avant de terminer cette étude, je ne puis m'empêcher de constater l'importance qu'il y aurait, pour supprimer tous ces dangers, à guérir rapidement les chaudes-pisses, puisque nous avons vu que la restitution *ad integrum* de l'urèthre avec une chaude-pisse aiguë de courte durée est la règle.

Ce terrible état de réceptivité est aussi dangereux et bien plus rebelle que l'infection gonococcique, il ne tient qu'à nous de le supprimer. Ne laissons pas les chaudes-pisses s'éterniser ; ne laissons pas, par un traitement antiphlogistique de plusieurs mois, les gonocoques exercer leurs ravages dans toute l'épaisseur de l'urèthre. Le mieux est de faire d'emblée une bonne irrigation régulière au permanganate de potasse suivant notre méthode » (1).

Telle est la vraie prophylaxie des infections pelviennes de la femme, et de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés.

Dr Paul Huguenin.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Note pour les officiers de santé désirant obtenir le diplôme de docteur : droits à acquitter, et pièces à fournir.

Voici la note adressée par la Faculté de médecine de Paris :

1° M. le Ministre dans sa circulaire en date du 9 octobre 1893, s'exprime ainsi :

« *Les termes du décret du* 31 *juillet* 1893 (déter« minant les conditions auxquelles les officiers « de santé peuvent obtenir le diplôme de doc« teur en médecine) *étant impératifs*, les intéres« ses n'ont pas à m'adresser une demande. *Il « leur suffira de se présenter au Secrétariat de la « Faculté où ils désirent subir les épreuves du « doctorat, et de justifier de leur identité et de « leurs grades. Dès que les droits de dispense se« ront acquittés, ils pourront être admis aux exa« mens.*

« Il est de principe que les dispenses ne soient « accordées qu'à titre onéreux. En conséquence, « les officiers de santé qui voudront bénéficier « des dispositions du décret du 31 juillet de« vront acquitter tous les droits des grades, des « inscriptions, des travaux pratiques, de Biblio« thèque et d'examens dont ils sont dispensés. »

2° Droits à acquitter avant de consigner pour le 3e examen de doctorat :

Grades { Baccalauréat ès-lettres.....	120 fr.
Grades { Baccalauréat ès-sciences restreint.....................	50 fr.
Inscriptions 16 à 30 francs............	480 fr.
Travaux pratiques.....................	160 fr.
Droits de bibliothèque...............	40 fr.
Examens (1er examen, 2e examen (1re et 2e partie) à 55 fr. chaque............	165 fr.
Total..................	1.015 fr.

3° Pièces à fournir : 1° Acte de naissance — 2° Diplôme d'officier de santé — 3° Diplôme de baccalauréat (s'il y a lieu) — 4° Le certificat du maire ou du commissaire de police pour justification de l'identité et de bonne vie et mœurs.

4° Le Secrétariat de la Faculté est ouvert tous les jours de midi à 3 heures (se présenter vers midi, si l'on désire accomplir immédiatement les formalités et constituer le dossier).

Assurance contre la maladie en Angleterre.

10e *rapport annuel* ; *présentation des comptes pour l'année, se terminant le* 30 *juin* 1893.

En présentant le rapport, le comité de la Société a le plaisir, encore une fois, de féliciter les membres du succès de l'œuvre. La position financière assurée de la Société, est clairement démontrée par l'exposition des comptes, et c'est une grande satisfaction de constater que ces comptes, offrant le résultat d'une expérience de 10 années, ne laissent aucun doute que l'Association a été fondée sur des bases parfaitement fermes, et que la manière dont elle a été dirigée est économique et sûre.

Nous recevons constamment des témoignages que les sommes que nous déboursons, remplissent l'objet désiré, sont mêmes plus grandes que l'on ne l'avait espéré.

Progrès numérique.

Pendant cette année, il s'est présenté 163 candidats, et 145 ont été reçus et enrôlés. Ce chiffre est considérablement au-dessus de la moyenne des années passées, et nous prouve que notre œuvre devient de mieux en mieux connue des membres de notre profession. Comme nous n'acceptons que ceux qui sont en parfaite santé, il est évident que les adhésions ont été d'excellente catégorie. *Du reste, nos questionnaires sont arrangés de telle manière qu'il est difficile qu'une vie réellement « mauvaise » soit acceptée.*

En ajoutant au nombre de membres appartenant à la Société, au commencement de l'année, les 145 membres dont il est fait mention plus haut, nous avons un total de 1377. De ceux-ci il faut en retrancher 50 ; 38 n'ont pas payé leur primes et sont exclus, 3 se sont retirés, moyennant une certaine somme (payée en considération de leurs privilèges) et 9 sont morts. Cela

(1) Janet. *Annales gén.-urin.*, 1893.

fait donc un total net de 1,325, c'est-à-dire une augmentation de 95 sur l'année précédente.

Position financière.

Un examen des comptes de la Société nous révèle la condition florissante de ses finances. En établissant la comparaison des chiffres de cette année avec ceux de l'année précédente, nous voyons que les affaires de la Société augmentent en importance. Il y a malheureusement un placement de £ 2000 fait par la Société qui est dans les circonstances actuelles de valeur douteuse ; il est mis en suspension pour le moment et dans les comptes la somme est remplacée par un équivalent pris sur les réserves du « fonds d'administration ».

Fonds : Maladie et accident.

C'est la branche la plus importante de la Société, qui fut fondée principalement pour assurer les pertes occasionnées par la maladie. Les indemnités sont sujettes à des fluctuations diverses, et pendant les trois dernières années, elles ont été surtout influencées par l'*épidémie de grippe.*

Le tableau suivant montre les sommes payées pendant chaque trimestre des cinq dernières années :

Année	N° de membres	1er trim. jusqu'au 30 sept. £	s	d	2e trim. au 31 déc. £	s	d	3e trim. au 31 mars £	s	d	4e trim. au 30 juin £	s	d
1888-89	985	390	9	0	545	2	0	560	6	6	650	6	6
1889-90	1067	504	13	6	631	10	0	1194	16	6	541	17	6
1890-91	1145	607	8	6	642	9	0	826	13	6	1184	0	6
1891-92	1232	780	13	6	708	1	6	1190	0	6	1044	15	0
1892-93	1328	662	6	6	803	12	6	922	11	6	938	9	0

N.-B. Dans tous les calculs de ce rapport, les sommes sont données en argent anglais : £ = une livre ou 25 fr. s. = un schilling ou 1 fr. 25 ; d = un denier, 0,10 c.

Quoique l'épidémie de grippe soit presque disparue, elle est responsable de 49 de nos indemnités pendant l'année, et a causé 115 semaines 6 jours de maladie, en présentant une somme de £ 443.25, et dénotant une durée moyenne de la maladie de 2 semaines 2 jours. L'année précédente il y avait 123 indemnités dues à la grippe, pour 245 semaines 2 jours de maladie, soit une somme de £ 891, et dénotant une durée moyenne de la maladie de 2 semaines. Nous pouvons conclure que nous avons vu la mauvaise période de cette épidémie.

Les règles de la Société, pour l'admission de nouveaux membres sont si sévères et si bien appliquées, qu'il n'y avait tout d'abord rien de surprenant que les déboursements pour la maladie s'élevassent au-dessous de la somme spéciale à cet objet ; mais la Société existe maintenant depuis 10 années, et il est encourageant de trouver que, quoiqu'en ce qui concerne la plupart de ses membres, ce qu'on appelle l'avantage de la sélection médicale doit avoir cessé, cependant le montant des indemnités de maladie demeure au-dessous de la somme prévue.

Le nombre total d'indemnités maladie et accident pendant l'année s'élève à 227, pour 1057 semaines 6 jours, — c'est-à-dire 27 semaines 3 jours au-dessous de l'année précédente. Comme les membres sont distribués partout le royaume de Grande-Bretagne, ils sont exposés à une grande variété de risques, et les conséquences s'observent, dans la variété marquée des causes qui déterminent les indemnités. C'est ainsi que pendant l'année que nous considérons, il y a eu 49 cas de grippe, 11 de rhumatisme, 11 de bronchite, 11 d'amygdalite, 7 de catarrhe, 4 de phtisie, 3 de pneumonie, et non moins de 20 accidents. Les indemnités en cas d'accident nous viennent pour la plupart des médecins de campagne qui, surtout, visitent leurs malades en voiture, ou à cheval. Le restant des indemnités est dû à tant de causes diverses qu'il est difficile de les classifier. Il en est qui dépendent des risques particuliers auxquels les médecins sont exposés, en vertu de leur profession, quoique ces causes soient jusqu'à un certain point neutralisées par les précautions qui sont prises.

Le tableau suivant établit la comparaison entre la maladie telle qu'on l'a observée (B), celle pour laquelle en avait fait prévision (A).

	Paiement entier Sem.	Jours	Moitié paiement Sem.	Jours	Total Sem.	Jours
(A)	1237	0	380	0	1617	0
(B).......	794	2	263	4	1057	6
Différence en moins.......	442	5	116	4	559	1

Le montant des primes pour la maladie s'élève pendant l'année à £ 7847 3 s. 3 d. contre £ 6853 14 s. 0 d. de l'année précédente, et l'intérêt reçu à £ 1103 5 s. 7 d. contre £ 635 17 s. 0 d. 3 ce qui dénote une augmentation de £ 993 9 s. 3 d. de primes, et de £ 467 8 s. 7 d. d'intérêt pour l'année.

L'augmentation totale du fonds maladie est de £ 5623 8s. 10d. contre £ 3736. 19s, 8d. en 1891-92. Le paiement pour la maladie a été de £ 3327 0 s. 0 d. contre £ 3723 10 s. 6 d. pendant l'année 1981-92, soit une diminution de £ 396 10 s. 6 d. que l'on doit attribuer principalement à la disparition graduelle de l'épidémie de grippe.

Il est proposé, moyennant la présentation d'un certificat de bonne santé et le paiement d'une prime additionnelle équitable, d'accorder aux membres dont l'élection date depuis 5 ans au plus, le privilège d augmenter leur assurance à £ 6 6s. par semaine en cas de maladie.

Fonds. Annuité et assurance sur la vie.

Les annuités ne sont payables que lorsque le membre atteint l'âge de 65 ans.

Aucune annuité n'a été payée jusqu'ici. Pendant l'année, 3 membres ont annulé leur contrat pour annuité, moyennant une somme déterminée. Un paiement pour £ 200 a été fait au décès d'un des membres, à ses représentants.

La Société, selon les termes de son enregistrement, ne peut garantir à ses membres une annuité totale au-dessus de £ 200 payable au décès ou à l'âge de 65 ans, ni une pension annuelle au-dessus de £ 50. Pour faciliter, aux membres, le moyen d'augmenter leur assurance, la Société s'est arrangée de manière à agir comme agent avec une compagnie d'assurance sur la vie, de grande renommée. La Société médicale n'a aucune responsabilité dans la transaction, la compagnie d'assurance faisant ses affaires directement avec le client ; mais il est entendu qu'il sera fait un rabais de 5 0/0, sur le montant des primes, aux membres de la Société qui sont présentés par elle.

Fonds d'administration.

Les dépenses totales d'administration se montent à £ 648 19 s. 5 d., c'est-à-dire un excès de £ 53 10 s. 8 d. sur l'année précédente. Comme les affaires de la Société augmentent, les frais doivent proportionnellement s'accroître ; mais cette année, il y a une augmentation exceptionnelle nécessitée par le changement d'offices (ameublement, etc.). Si l'on soustrait la somme ainsi dépensée, on trouve que les frais d'administration sont relativement moindres qu'auparavant. Ainsi sur un revenu (en primes) de £ 13422 16 s 4 d. il y a eu une dépense nette de £ 556 16 s. 5 d. ou £ 4 3 s. 0 d. p. % ; tandis que l'année précédente elle était de £ 4 6 s. 0 d. p. %. Selon les règles de la fondation 10 p. % du revenu est mis à part pour les frais d'administration ; comme jusqu'ici le total de la dépense est demeuré audessous de 5 p. % du revenu, il s'ensuit qu'une réserve assez considérable existe.

Ce fonds se monte à £ 3173 1 s. 5 d., et cette somme pourrait être considérée comme un bénéfice distribuable ; mais, afin d'assurer à la Société une position financière stable et continue, le Comité s'est décidé (sauf l'approbation des membres) à placer au moins une bonne partie de cette somme en réserve qui sera augmentée, annuellement, par l'excès d'intérêt des fonds placés sur le montant stipulé dans l'évaluation (2 1/2 p. %). En présence du fait qu'il devient de plus en plus difficile d'obtenir même un intérêt modéré, pour des placements de bonne sécurité, le Comité est fortement d'avis que ce fonds de réserve soit formé et maintenu.

Accroissement des fonds de réserve.

Cet accroissement est peut-être un des signes les plus positifs de la stabilité financière de la Société. Pendant l'année passée, ce fonds s'est augmenté de £ 56.901 4 s. 8 d. à £ 66.369,5 s. 4 d., c'est-à-dire une balance de £ 9468. 0 s. 8 d, jusqu'ici le chiffre plus élevé d'aucune année.

Le tableau suivant nous le montre le total du fonds de réserve à la fin de chaque année avec l'augmentation annuelle, depuis la fondation de la Société.

Date	Fonds de réserve			Augmentat. annuel.		
	liv. sterl.	s	d	liv. sterl,	s	d
30 juin 1884........	1434	16	3			
30 juin 1885........	6433	0	10	4998	4	7
30 juin 1886........	11330	7	6	4897	6	8
30 juin 1887........	17645	3	0	6314	15	6
30 juin 1888........	24694	17	9	7049	14	9
30 juin 1889........	32561	13	0	7866	15	3
30 juin 1890........	40459	13	10	7898	0	10
30 juin 1891........	48766	0	9	8306	6	11
30 juin 1892........	56901	4	8	8135	3	11
30 juin 1893........	66369	5	4	9468	0	8

Le Comité s'empresse de rappeler aux membres que le succès si marqué de la Société est surtout dû au zèle et au dévouement de ses officiers.

Beaucoup de leur temps et de leur labeur est donné gratuitement ; et, en particulier, ils se font un devoir de remercier le docteur Havlland Hall, à qui est confiée la charge d'examiner chaque demande d'admission et chaque réclamations en cas de maladie. On est surtout redevable aux journaux de médecine et d'assurance, principalement au *British medical journal* !

Le nouveau secrétaire de la Société, M. Francis Addiscott, est un actuaire d'expérience et possède des connaissances spéciales en assurance.

Pour faciliter la correspondance, le nouvel office est situé 33, Chancery Wane C., London, un endroit central est très accessible.

En résumé le Comité appelle l'attention des membres sur le devoir qui leur incombe d'aider à l'agrandissement de la Société, par l'introduction de nouveaux membres. Les bienfaits sont fortement appréciés ; elle en a le témoignage constant de ceux qui ont souffert et ont profité des avantages de leur assurance.

C'est surtout aux jeunes médecins que l'on doit faire appel ; à cet âge, la prime est moins élevée et l'assistance de la Société, en cas de besoin, est de la plus grande importance.

La Société n'est nullement à court de membres, mais il est évident que, plus les affaires augmentent, moins élevés proportionnellement seront les frais d'administration, et les intérêts de tous sont desservis par une augmentation dans le nombre d'adhérents.

Le rapport est signé, par ordre du Comité, par Messieurs Ernest Hart, Président, et F. Addiscott, secrétaire.

Dr MACEVOY.

BULLETIN DES SYNDICATS

Association Syndicale des Médecins de la Loire-Inférieure.

26 mai 1893.

Présents : MM. Luneau, *Président*; Patoureau, Perochaud, Vince, Saquel, Lacambre, Grimaud, Perrion, Crimail Attimont, Josso, Gouraud, Bellouard, Blaizot, Simoneau.

Dispensaires et policliniques.

La question des dispensaires et policliniques a déjà été soulevée par le Syndicat des médecins de la Seine. L'Association syndicale de la Loire-Inférieure l'a traitée elle-même incidemment dans sa dernière réunion trimestrielle. L'ordre du jour de la séance actuelle remet la matière en discussion.

M. Patoureau demande quels avantages présentent les dispensaires et les policliniques ?

M. Pérochaud trouve qu'ils en ont beaucoup pour les spécialistes.

M. le Président pense qu'il ne faut point méconnaître l'utilité de ces institutions, mais seulement en signaler les inconvénients.

Pour en atténuer le principal, on adopte la conclusion suivante :

Le syndicat, reconnaissant l'utilité des dispensaires et policliniques, mais frappé du préjudice qu'ils causent aux confrères, émet le vœu que les malades qui paraissent pouvoir payer les soins médicaux soient mis en demeure de le faire ou de ne plus se présenter dans ces établissements.

Recouvrement des Honoraires.

M. le Président explique que la question est depuis 10 ans à l'ordre du jour. L'établissement d'un tarif, la nomination d'un encaisseur, la création d'un livre noir, l'appui des réclamations des confrères près des justices de paix lui ont

fait faire des progrès incontestables, mais les résultats sont insuffisants.

Les notes contestées affluent au Bureau.

Du côté des médecins les livres sont mal tenus, les prix incertains, les notes présentées en retard, l'encaisseur est découragé. Trop souvent, après avoir attendu trop longtemps, le médecin voit son débiteur insolvable ou de mauvaise foi. L'argent perdu représente une somme considérable, nouvel impôt imprévu et involontaire qui s'ajoute aux charges du médecin.

Il ne faut pas attendre la fin de l'année pour envoyer sa note, mais, aussitôt la maladie finie, la présenter tout au plus à 6 mois ou à 3 mois pour les ouvriers, bien que la nouvelle loi nous accorde une prescription de deux ans. Nous devons du reste nous inspirer en cela de l'exemple tiré des autres professions libérales.

M. le Président émet le projet de confier ces notes, comme le syndicat des médecins de la Seine, à un encaisseur *responsable* de ses encaissements et sous le *contrôle* du syndicat. En tout cas, la réforme du mode actuel d'encaissement est devenue nécessaire, et il ne faut tenir compte ni de la routine, ni des préjugés. Nous sommes assez nombreux pour faire passer dans le public les mesures que le syndicat aura décidées.

M. Saquet se demande si le syndicat ne peut être poursuivi pour l'existence du *livre noir*.

M. Président rappelle que le *livre noir* a été institué sous la présidence de M. Bernaudeaux et que les précautions nécessaires ont été prises, il n'y a rien à craindre de ce côté.

M. Lacambre dit que le mode de *paiement au comptant* serait la reproduction de ce qui se passe à l'étranger, en Angleterre par exemple.

M. le Président répond que ce paiement, grâce à l'entente de trois confrères, non prévenus malheureusement, par excès de scrupules, et ne voulant pas recevoir ainsi leurs honoraires, ont fait échouer le projet à moitié réalisé.

La proposition faite par le président de nommer une commission de deux membres pour contrôler les encaissements, soulève une discussion.

M. Lacambre demande quels seront les confrères assez dévoués pour sacrifier, chaque semaine, leur temps et leur patience à cette occupation. Le président se déclare prêt à se charger de ce rôle si on veut le nommer. — Par acclamation, MM. Luneau et Patoureau sont nommés.

A ce moment, M. Attimont prend la parole et objecte qu'il n'est pas partisan de ce contrôle, il craint que le syndicat y perde de son prestige et que la dignité médicale en souffre. Il craint aussi les indiscrétions,

Le président rend hommage aux sentiments de délicatesse exprimés par M. Attimont, mais il objecte que les confrères chargés de cette mission ne seront pas indiscrets, et qu'il n'est pas plus dangereux pour nous de leur livrer une liste de clients que de livrer cette même liste à un encaisseur.

La question reste à l'étude après cette objection.

Plusieurs membres se plaignent ensuite du mode actuel d'encaissement et de la difficulté des rentrées. Le rôle laissé à l'encaisseur est considérable. Il encaisse les cotisations des membres du syndicat, ce qui est plus facile que les notes des débiteurs ordinaires ; il convoque aux réunions ; il conserve les bulletins et *les archives*, etc.; ses attributions tendent à le rendre indispensable et sont trop étendues.

M. Perochaud s'étonne qu'on laisse à un étranger, si honorable qu'il soit, un tel pouvoir, et demande que les *archives* rentrent en notre pouvoir. M. le président demande à s'expliquer. Il a fait partie de l'ancienne administration qui a délégué ces pouvoirs à l'encaisseur et s'il demande aujourd'hui, avec son collègue, M. Pérochaud, la diminution des attributions de l'encaisseur, il n'en apprécie pas moins hautement les agissements de l'ancien *bureau*. Par acclamation, le syndicat approuve cette déclaration du président et adopte, à l'unanimité, la proposition de M. Pérochaud.

Comme conclusion à cette longue discussion, l'Association syndicale vote la décision suivante: Le Bureau est chargé de discuter avec l'encaisseur de nouvelles conditions.

Election d'un nouveau membre.

M. le Dr *Chenantais* fils est élu à l'unanimité.

Association syndicale des médecins de la Loire-Inférieure

10 *juin* 1893.

Présents, MM. Lumeau, *Président* ; Moussier, Blaizot, Attimont, Grimaud, Toché, Morin, Simonneau, Bellouard, Hoveix de la Brousse, Bécigneul.

L'ordre du jour est ainsi conçu : Représentation de l'Association Syndicale des médecins de la Loire-Inférieure à l'arrivée de M. le Président de la République à Nantes.

A l'unanimité, il est décidé que l'Association doit figurer aux réceptions de M. le Président à l'hôtel de la Préfecture, qu'elle sera représentée par le plus grand nombre possible de confrères, et que le Président de l'Association adressera un discours de bienvenue.

M. Luneau fait connaître à l'Assemblée qu'en sa qualité de Président de l'Association syndicale, il a reçu une invitation au Banquet que l'Administration municipale offre à M. Carnot dans la salle du théâtre de la Renaissance.

Association syndicale des médecins de la Loire-Inférieure.

30 *juin* 1893.

Présents : MM. Luneau, *Président*, Moussier, Patureau, Porson, Leroy, Guyon, Grimaud, Bellouard, Crimail, Léon Joûon, Bécigneul, Gailleteau, Simonneau.

Lecture est donnée du procès-verbal de la séance du 26 mai. M. Porson demande qu'on veuille bien y faire une rectification. Il fait remarquer, à propos de la discussion sur le *recouvrement des honoraires*, qu'il est inexact qu'on ait jamais confié les *archives* à l'encaisseur du syndicat ; M. le président reconnaît, en effet, que le terme *archives* est impropre, l'encaisseur n'ayant la garde que des bulletins ou imprimés qui se trouvent en excédent sur ceux qu'il est chargé d'adresser aux médecins du syndicat.

Le procès-verbal est adopté.

Certificats.

Le président donne lecture d'une lettre de la Mairie communiquant au syndicat de la part de M. le Préfet une invitation à désigner six médecins, un par canton de Nantes, pour délivrer, à titre gracieux, aux enfants de 12 à 13 ans employés dans les établissements industriels, les certificats d'aptitude physique exigés par la loi du 2 novembre 1892.

Une annexe à cette loi fait, en effet, savoir que les médecins chargés d'assurer ce service sont : 1° le médecin inspecteur des écoles ; 2° les médecins chargés de la surveillance du jeune âge et 3° des médecins désignés par M. le Préfet.

C'est cette dernière catégorie de médecins que le Syndicat est chargé de désigner.

M. Patoureau proteste contre la gratuité de cette fonction nouvelle. On abuse, dit-il, de la complaisance et peut-être aussi de la naïveté des médecins en leur imposant sans cesse des services officiels peu ou pas rétribués.

M. Porson, en présence de l'impossibilité de trouver des médecins de bonne volonté pour remplir ces fonctions purement gratuites est d'avis de transmettre à M. le Maire leur refus appuyé sur les considérants qui le motivent.

M. le Président est d'avis aussi, lui, que le service qu'on demande à quelques-uns d'entre nous n'est pas assez honorifique pour être rendu à titre purement gracieux ; ces fonctions comportent des responsabilités sans compensation aucune, comme le prouvent les articles de la loi dont M. le président donne lecture à l'assemblée.

Le bureau est chargé de formuler les considérants qui appuieront le refus du syndicat, et d'en soumettre la rédaction à l'approbation de la prochaine assemblée.

A propos de cette discussion, M. le Président se demande s'il ne serait pas utile d'établir un *travail d'ensemble sur les fonctions officielles peu ou pas rétribuées* qui sont confiées aux médecins. Le syndicat pourrait ainsi d'autant mieux combattre les abus qu'on vient de signaler, qu'il agirait en connaissance de cause.

Cette proposition est adoptée à l'unanimité. La rédaction de ce travail est confiée à une commission de trois membres, qui sont MM. Bellouard, Moussier et Dorain.

Recouvrement des honoraires.

On reprend la discussion de la dernière séance sur le mode de recouvrement des honoraires.

M. le président est d'avis que le syndicat doit avoir un encaisseur spécial, attitré, ne remplissant aucune autre fonction, possédant à Nantes un bureau où il se tiendrait, à heures fixes, à la disposition des membres du syndicat. Une commission spéciale serait chargée de surveiller ses agissements. On pourrait lui assurer un traitement fixe, plus un tant pour cent sur les sommes qu'il aura encaissées.

Le Syndicat clôt la discussion en émettant, à l'unanimité, les deux votes suivants :

1° Il y a lieu de nommer un nouvel encaisseur ;

2° Le bureau est chargé de discuter avec celui-ci les conditions de sa fonction.

Entrée dans les salles communes des hôpitaux réservées aux seuls indigents.

M. Leroy, de Moisdon-la-Rivière, fait remarquer que les personnes des communes rurales possédant une certaine aisance viennent en grand nombre se faire soigner dans les salles communes des hôpitaux, surtout dans les salles de chirurgie pour s'y faire opérer. Cet état de choses est extrêmement préjudiciable aux médecins de la campagne. Il est également contraire aux intérêts des véritables indigents à qui ces salles sont destinées, et la ville elle-même est loin d'en tirer profit, puisque le prix de journée qu'on exige des malades habitant en dehors de la commune, est inférieur à la dépense réelle et ne couvre pas les frais généraux.

Il y a là un abus auquel on pourrait peut-être remédier en exigeant des malades de la campagne qui demandent à entrer dans les salles communes des hôpitaux, en outre du certificat de la mairie du lieu qu'ils habitent, un certificat du percepteur attestant qu'ils ne paient pas de contribution autre que leur cote personnelle.

Le Syndicat est d'avis de faire des démarches dans ce sens auprès de la municipalité des villes possédant un hôpital, en faisant valoir qu'il s'agit de sauvegarder leurs propres intérêts, en même temps que ceux de nos confrères et des vrais pauvres.

Loi sur l'exercice de la pharmacie.

La loi sur l'exercice de la pharmacie est sur le point d'être mise en deuxième lecture.

Or, malgré la promesse qui avait été faite aux syndicats lors de la discussion de la *loi sur l'exercice de la médecine*, il n'a nullement été question, ces jours derniers, à la Chambre, de discuter l'article 11 de la loi précitée sur l'exercice simultané des professions de médecin et de pharmacien, et sur les conditions d'exercice de la pharmacie de la part des médecins, conditions plus larges dans cet article 11 que dans le projet adopté par la Chambre.

Le Syndicat des médecins de la Loire-Inférieure émet, en conséquence, le vœu suivant :

Considérant que dans la séance du 13 juillet 1892, M. le Président de la Chambre des Députés, sur l'avis du docteur Chevandier, rapporteur de la loi sur l'exercice de la médecine, proposa à la Chambre d'en renvoyer l'article 11 à la commission chargée d'étudier la loi sur l'exercice de la pharmacie ;

Considérant, d'autre part, que dans la discussion qui vient d'avoir lieu après une première lecture de la loi sur l'exercice de la pharmacie dans la séance de la Chambre des Députés, en date du 1er juillet 1892, l'article 11 a été passé sous silence ;

Le Syndicat médical de la Loire-Inférieure rappelle à la Chambre et au Sénat une décision antérieure et les supplie de réparer cette omission.

L'Association syndicale des médecins de la Loire-Inférieure émet, d'autre part, le vœu que cet article 11, dans le cas où il serait voté, ne puisse avoir d'effet rétroactif, ce qui causerait

un préjudice énorme à certaines situations acquises.

Ces deux vœux sont votés à l'unanimité.

Le Secrétaire des séances,
Dr Bécigneul.

Syndicat médical de la Haute-Vienne

Dans sa séance du 28 septembre 1893, le syndicat médical de la Haute-Vienne a voté son affiliation à l'Union des Syndicats.

Bureau.

Président: Dr Mazard, de Limoges.

Vice-Présidents : Dr de Pont-Réaulx, de Saint-Juinen ; Dr Boulland, de Limoges.

Secrétaire général trésorier: Dr Desbrières, de Limoges.

Secrétaire des séances : Dr Bosset, de Limoges.

Membres.

MM. Bosset, Boudet, Boulland, Bourdeau-d'Antony, Delotte, Desbrières, Devaux, Lemaistre (Justin), Mallebay, Mazard, président, Périgord, Raymondaud (Eugène), Teyssèdre, Thouvenet (Albert), de *Limoges* ; De Font-Réaulx (Justin), Ménard, de *Saint-Junien* ; Mabaret du Basty, de *Saint-Léonard*; Perrier, de *Bellac*; Braux, de *Saint-Léonard* ; Bognaux, d'*Arnac-la-Poste*; Filhoulaud, de *Pierre-Buffière* ; Frugier, de *Nexon*; Grimodie, de *Châteauponsac* ; Larmaraud, d'*Eymoutiers*; Mayaud, de *Lussac-les-Eglises* ; Merlin-Lemas (fils), de *Saint-Victurnien* ; Pontis, de *Laurière* ; Ranty, d'*Ambazac* ; Tarrade, de *Châteauneuf-la-Forêt*.

REPORTAGE MÉDICAL

Nous avons assisté, jeudi 26, à la séance du Syndicat de l'arrondissement de Versailles et au repas qui l'a suivie, à l'Hôtel Terminus. M. le Dr Darin, président, avait bien voulu nous convier à y assister, ainsi que le Dr Diard, président du Syndicat de Rambouillet. La réunion était fort nombreuse; les questions traitées fort intéressantes et le très aimable président et les membres du Syndicat ont bien voulu, comme à Rambouillet, nommer Président d'honneur le Directeur du Concours. Nous leur adressons l'expression de notre vive gratitude pour ce témoignage d'estime.

— *Election du successeur de Charcot à l'Académie des sciences.* — Lundi dernier, l'Académie des sciences a procédé à l'élection d'un membre titulaire pour la section de médecine en remplacement de Charcot. Au premier tour M. Potain a été élu par 43 voix sur 53 suffrages exprimés. M. Germain Sée a obtenu 4 suffrages, M. Lancereaux trois, et M. Cornil un ; il y avait deux bulletins blancs.

Professeur à la Faculté depuis 1876, et membre de l'Académie de médecine depuis 1882, M. Potain est actuellement titulaire de la chaire de clinique à la Charité ; c'est non-seulement un clinicien de premier ordre, mais aussi un caractère d'une droiture parfaite, à l'abri de toute compromission et de tout favoritisme : on ne peut qu'applaudir à ce choix justifié à tous égards.

— *Un singulier traitement de la constipation.* — Le massage est recommandé dans le traitement de la constipation habituelle. Un médecin de New-York, le Dr Rose, a imaginé de remplacer le masseur indispensable, par ....., vous ne devineriez jamais? ...... un boulet de canon. Vous prenez un boulet sphérique pesant 1 à 2 kilos; vous l'installez sur votre abdomen, et vous le faites se promener un peu partout, en insistant sur la fosse iliaque gauche. Ça n'est pas difficile, et ça ne coûte pas cher.

— Un Lyonnais vient de laisser par testament aux hospices de Lyon une somme de 500.000 francs. Cette somme sera probablement affectée à la construction d'un hospice pour les femmes convalescentes.

— *Stérilisation des crachoirs de tuberculeux.* — L'administration de l'Assistance publique vient de faire installer, à l'hôpital Bichat, un appareil de stérilisation pour les crachoirs des tuberculeux. Le nettoyage se fait avec de l'eau légèrement alcaline et portée à l'ébullition. Ce serait plus rapide et plus économique que les autres procédés, tels que l'emploi de la vapeur ou de l'eau chaude.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Cristofari, de Bastia, membre du Concours médical.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
Place de l'Ecole de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Viennent de paraître :

Traitement intensif de la tuberculose et, en particulier, de la phtisie pulmonaire, par le carbonate de créosote de hêtre, par le Dr Edmond Chaumier, président de l'*Œuvre des enfants tuberculeux de Touraine.* Envoi franco contre un mandat de *un franc* adressé à M. le Directeur de la Société d'Éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Tous les médecins sont d'accord aujourd'hui pour considérer la créosote de hêtre comme le médicament par excellence de la tuberculose. La difficulté c'est d'arriver à faire prendre aux malades une quantité assez grande de ce médicament qui souvent n'est pas supporté, même à petites doses, par l'estomac. Les injections sous-cutanées entreront difficilement dans la pratique journalière.

Le carbonate de créosote, ainsi que le démontre l'auteur, est appelé à remplacer la créosote elle-même. Son action est identique, et comme le médicament n'est pas irritant, il peut être pris quotidiennement jusqu'à la dose de 15 à 20 grammes par la bouche.

Tous les médecins voudront lire cette brochure où ils trouveront les renseignements nécessaires sur l'emploi de ce nouveau remède.

Traité élémentaire de Physiologie, d'après les leçons pratiques de démonstration, précédé d'une introduction pratique à l'usage des élèves, par J.-V. Laborde, Directeur des Travaux techniques de Physiologie à la Faculté, membre de l'Académie de médecine. Avec 130 figures dans le texte et 25 planches dans l'introduction. In-8 de 450 pages. Broché, 10 fr. Cartonné à l'anglaise, fer spécial, 12 fr.

La physiologie est une science qui, depuis quelques années, a fait d'immenses progrès. Les ouvrages classiques de Béclard, Longuet, Beaunis et Bouchard sont et resteront des modèles ; mais, soumis à la loi commune, ils vieillissent, ne sont plus au courant de la science. De plus, pour le professeur enseignant, il y a certains *desiderata* qu'il faut combler. Avec une compétence toute spéciale, le savant directeur des travaux pratiques de physiologie à la Faculté de Paris, a pu, avec une expérience de plus de douze ans de cours, arriver à combler ces lacunes.

Net franco **8** fr. ou **9** fr. **60**.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année **N° 45** 11 Novembre 1893

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

de la Société civile du Concours médical.

19 *novembre* 1893.

L'Assemblée générale de la Société civile du Concours médical se tiendra le Dimanche 19 novembre prochain, dans les salons du Grand Hôtel, à 3 heures précises.

ORDRE DU JOUR.

1° Allocution du président ;
2° Approbation des comptes de l'année ;
3° Création d'une caisse d'indemnité en cas de maladie ;
4° Examen de la proposition de loi sur l'exercice de la pharmacie ;
5° Propositions diverses émanant des membres de la Société ;
6° Vote du budget pour l'année 1894.

Les propositions des membres de la Société devant être préalablement soumises à l'examen du conseil de Direction, nous prions instamment nos confrères de nous faire parvenir leurs propositions dans le plus bref délai possible.

Suivant l'habitude, un banquet confraternel suivra la réunion. Afin de permettre son organisation et d'éviter le désarroi de la dernière heure, qui se reproduit chaque année, les adhésions devront être envoyées à l'avance au Directeur du Concours médical.

Le Conseil de Direction.

Union des Syndicats médicaux.

L'Assemblée générale des *Délégués des Syndicats adhérents* à l'*Union*, se tiendra le dimanche 19 novembre, dans les salons du Grand Hôtel, à 9 *heures très précises du matin*.

Nous rappelons que les Délégués doivent être porteurs de pouvoirs réguliers délivrés, soit par la réunion générale, soit par le Bureau du Syndicat.

ORDRE DU JOUR.

1° Allocution du Président ;
2° Rapport du Secrétaire général ;
3° Rapport du Trésorier. Approbation des comptes de l'année ;
4° Discussion et vote définitif des statuts de l'Union ;
5° Examen de la proposition de loi sur l'exercice de la pharmacie ;
6° Assistance médicale gratuite. Application de la loi du 15 juillet 1893 ;
7° Rapports des médecins avec les Sociétés de secours mutuels ;
8° Service militaire des étudiants ;
9° Renouvellement du Bureau.

Le Président de l'Union,
Dr L. PORSON.

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE

du Corps médical français.

AVIS.

Le *Comité directeur* de la Caisse, est convoqué, par son président, M. Dujardin-Beaumetz, en séance statutaire semestrielle, pour le lundi 20 novembre à 4 h. 1/2, chez le Secrétaire général, Dr Delefosse, 22, place St-Georges.

Ordre du jour. — 1° Correspondance et affaires en cours ; 2° Examen des statuts de la Caisse.

Tout membre de la Caisse des pensions qui aurait des observations à présenter, doit les envoyer, de suite, au Dr Delefosse.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement de la péricardite.

M. *C. Paul* envisage de la manière suivante le traitement de la péricardite aiguë :

La première chose à prescrire est le repos absolu dans le décubitus horizontal.

Bouillaud vantait *la saignée* qu'il pratiquait une à deux fois par jour. Elle peut donner quelques bons résultats chez les sujets pléthoriques, mais on ne la pratiquera jamais chez les rhumatisants déjà débilités par la maladie.

M. Constantin Paul recommande de préférence *la saignée* soit à l'aide de sangsues (25 à 30), soit au moyen de ventouses scarifiées.

Le *mercure*, donné jusqu'à salivation, aurait donné de bons résultats à Hope, et Durosiez se montre partisan de cette méthode : il prescrit le calomel à la dose de 30 à 50 centigrammes, ou bien les pilules bleues qui renferment 5 centigrammes de mercure. Les frictions mercurielles ont été également conseillées.

Les révulsifs jouissent à bon droit d'un grand crédit dans le traitement de la péricardite, et le *vésicatoire* appliqué sur toute la surface antérieure du péricarde est des plus efficaces.

Gendrin attribuait une action rapide à la *vessie de glace* appliquée sur la région précordiale ; il amenait ainsi une diminution de la fréquence et de l'irrégularité de battements cardiaques, en même temps que la suppression de l'anxiété ; cependant, il ne faut pas laisser cette glace trop longtemps en contact avec la région malade ; il faut la retirer quand le pouls est descendu à la normale ; une heure environ suffit pour obtenir ce résultat ; on peut remettre cette vessie plusieurs fois dans la journée.

Il est encore une série de médicaments que l'on a utilisés dans le traitement de la péricardite pour agir sur la circulation en général. La *digitale*, à la dose de 8 à 10 centigrammes en infusion, ainsi que la donnait Gendrin, agit rapidement sur les contractions cardiaques qui sont régularisées ; la macération de digitale, comme la préconisait Peter, ne saurait convenir, car elle agit tardivement et a surtout une action diurétique. Friedreich et Bauer, en Allemagne, conseillent la digitale à doses massives de 1 à 5 grammes ; cette pratique est dangereuse.

Le *nitrate de potasse*, *l'acide phosphorique*, *l'élixir de Haller* ont une action bien contestable dans le traitement de la péricardite. La *vératrine* est un médicament difficile à manier ; on peut la prescrire en pilules de 5 milligrammes.

Jaccoud a conseillé l'emploi du tartre stibié, à la dose de 30 à 40 centigrammes en potion, tous les deux jours ; M. Const. Paul craint la dépression produite par ce médicament.

On a vanté aussi l'usage de l'acide cyanhydrique à la dose de V à X gouttes dans une potion de 125 grammes.

On combattra la douleur par l'opium, soit en donnant de l'extrait thébaïque, à la dose de 5 centigrammes, soit en pratiquant une injection sous-cutanée de morphine de 1 centigramme. Le salicylate de soude agit sur la douleur et son emploi s'impose dans la péricardite rhumatismale, à la dose de 4 grammes par jour, soit en cachets, soit en potion.

L'insomnie est généralement combattue par l'administration de l'hydrate de chloral, 1 à 4 grammes en potion ou en lavement, mais c'est un médicament dépresseur du cœur et son emploi doit être surveillé dans le traitement de la péricardite.

La faiblesse du malade sera combattue à l'aide des alcooliques : le vin d'Espagne, le Porto, le vin chaud, le punch, le champagne, la potion cordiale des hôpitaux, dont la formule est la suivante :

Vin de Banyuls...	110 grammes.	
Teinture de cannelle......	10	—
Sirop d'écorce d'orange..	40	—

Le sulfate de quinine, le musc, les injections sous-cutanées d'éther, le camphre, rendront également de grands services pour combattre l'état lipothymique, si fréquent dans la péricardite.

Le traitement du croup par la méthode de Brooklyn.

Les remèdes américains contre la diphthérie sont assez différents des nôtres en général, et comme, malheureusement, nous ne pouvons guère nous vanter des nôtres, il est au moins intéressant de nous occuper un peu des merveilleux résultats de l'autre côté de l'Atlantique. Il a déjà été question dans ces colonnes, il y a quelques années, du tubage du larynx d'O'Dwyer contre le croup. Aujourd'hui c'est encore du croup que nous allons parler et de son traitement par la méthode de Brooklyn.

Ce traitement consiste dans la sublimation du calomel sous une tente dans laquelle est enfermé le malade. La tente qui entoure et recouvre le berceau ou le lit de l'enfant est faite de draps de lit ou de couvertures légères soutenus par des montants. Elle doit être installée de telle sorte qu'une personne puisse surveiller et maintenir à l'occasion le malade pendant les sublimations ; une petite lampe à alcool, munie d'un trépied, sert à sublimer le calomel déposé sur une petite plaque de tôle mince.

L'appartement dans lequel est le malade doit être spacieux et bien aéré. On y maintiendra une température d'environ 26° et une humidité constante obtenue par de l'eau bouillante, de l'eau dans laquelle on éteint de la chaux vive, ou par une conduite de vapeur. Le Dr Corbin ajoute de l'acide phénique à l'eau évaporée dans la chambre.

Il est important de commencer la sublimation du calomel de bonne heure, dès que le diagnostic de vrai croup a pu être porté ou si l'on soupçonne fortement la présence d'une fausse membrane dans la trachée. Le but n'est pas seulement de soulager la dyspnée, mais aussi d'arrêter la formation et l'extension des fausses membranes et de prévenir ou de limiter l'empoisonnement de l'organisme.

La quantité de calomel employée pour chaque sublimation varie de 2 à 4 grammes. Afin de ne pas altérer l'air à l'intérieur de la tente, il importe de ne faire durer chaque fois la combustion que le moins de temps possible. L'intervalle entre les sublimations est variable ; d'habitude on les fait toutes les deux ou trois heures, et on espace les intervalles au fur et à mesure que l'amélioration se produit.

Il est bon, après la sublimation, de ne pas

entr'ouvrir immédiatement la tente ; il vaut mieux attendre quelque peu, car l'air humide de la chambre précipite rapidement les particules de calomel suspendues dans l'atmosphère intérieure de la tente.

En général, il se manifeste après chaque sublimation un soulagement et une amélioration marqués. Il faut soutenir les forces du malade et lui faire prendre, après les sublimations, quelque stimulant.

Ce traitement ne réclame pas d'habileté et peut être appliqué par l'entourage du malade.

Ces sublimations de calomel paraissent très appréciées en Amérique. Le Dr O'Dwyer (de New-York) les vante beaucoup. Depuis deux ans, il a conscience d'avoir, grâce à son emploi, dans une vingtaine de cas au moins, épargné l'intubation à ses petits malades. Le Dr Law estime enfin que, « *bien que les sublimations de calomel ne doivent pas remplacer complètement l'intervention chirurgicale, un médecin n'est pas plus justifiable de pratiquer la trachéotomie ou l'intubation sans avoir essayé au préalable les fumigations mercurielles qu'il ne l'est en cas d'insuccès de ce traitement de ne pas recourir à l'intervention chirurgicale* ». A New-York et à Brooklyn, sur 505 cas traités, le nombre des guérisons a été de 275, soit 54,5 %.

Formulaire

Traitement des verrues de la face.

Contre les verrues multiples de la face, M. Kaposi emploie de préférence une pâte dont voici la formule :

Fleur de soufre	20	grammes.
Glycérine	50	—
Acide acétique pur concentré	10	—

Mêlez. — Usage externe.

On applique cette pâte sur chaque verrue, soit directement, au moyen d'un pinceau, soit étalée sur de petits carrés de toile. On la laisse toute la nuit sur la peau et on l'enlève le matin. On continue ces applications pendant plusieurs jours. Les verrues se dessèchent, se flétrissent, prennent une coloration bleuâtre et finissent par se détacher.

CHIRURGIE PRATIQUE

Diagnostic et traitement des luxations du coude.

Le diagnostic d'une luxation du coude saute parfois aux yeux : mais fréquemment il peut être embarrassant, lorsqu'on voit le blessé plusieurs heures seulement après l'accident, alors que l'épanchement sanguin et le gonflement péri-articulaires sont très prononcés : on n'y arrive alors que par l'exploration méthodique de la région et par une soigneuse analyse des signes recueillis. Si l'on se rappelle que, de toutes les luxations, celles du coude deviennent le plus facilement irréductibles, qu'il a été parfois impossible de les réduire au bout de quinze jours et moins, même sous le chloroforme, on voit qu'il importe, tout particulièrement ici, d'arriver rapidement au diagnostic exact et à une réduction immédiate.

Ce diagnostic se fait par l'examen des saillies osseuses de la région du coude ; épicondyle, épitrochlée, olécrâne et cupule radiale. Si ces saillies sont dans leurs rapports normaux, il n'y a point de luxation. Si une modification s'est produite dans leur position respective, on peut au contraire affirmer presque à coup sûr la luxation. Voilà qui est simple, en principe. Ce l'est moins en pratique : l'exploration du coude, douloureux et gonflé, est souvent difficile, même pour des praticiens de longue expérience. Aussi faut-il d'abord se familiariser avec l'examen du coude normal, s'y reporter en examinant le coude blessé : et de cette comparaison deviendront plus faciles à rechercher et à percevoir les signes différentiels.

Exploration du coude normal. — Points de repère osseux.

Deux saillies osseuses limitent latéralement le coude : en dehors l'épicondyle, en dedans l'épitrochlée. Entre elles en existe une troisième, à la face postérieure du coude : l'olécrâne. Tels sont les trois points de repère fondamentaux dans l'examen du coude.

C'est par l'épicondyle qu'on commence généralement l'exploration : à l'état normal, il est facile de le trouver. Il occupe le côté externe de l'articulation : mais, à cause des muscles épicondyliens qui font relief en dehors et en avant, il paraît être, surtout chez les sujets très musclés, reporté un peu en arrière. A 2 centimètres environ au-dessous du point le plus saillant de l'épicondyle et sur une même ligne verticale, on sent le rebord lisse, arrondi, de la cupule du radius. Immédiatement au-dessus de cette cupule existe une dépression très facile à sentir avec la pulpe du doigt : cette dépression correspond exactement à l'interligne articulaire. Si, le doigt reposant sur ce point, on imprime à l'avant-bras des mouvements de pronation et de supination, on sent la tête du radius rouler sur son axe. Ainsi l'on détermine la situation précise de la tête du radius.

Cette recherche méthodique, sur un coude blessé, donnera de même la certitude que le radius est ou n'est pas luxé. Au lieu d'une saillie arrondie, le doigt rencontre-t-il à 2 centimètres au-dessous de l'épicondyle une dépression profonde ? C'est que le radius n'est pas à sa place, et on n'aura plus qu'à rechercher sa nouvelle situation.

Voilà pour ce qui concerne la situation et les rapports du radius : cherchons maintenant ceux du cubitus, c'est-à-dire de l'olécrâne.

L'épitrochlée, au côté interne de l'articulation, fait sous la peau une saillie beaucoup plus accusée que l'épicondyle au côté externe : on la trouvera plus facilement encore. Epicondyle et épitrochlée sont situés sur une même ligne horizontale : c'est par la détermination des rapports qu'affecte l'olécrâne avec cette ligne épitrochléo-épicondylienne que se terminera l'exploration. Ces rapports varient selon que le coude est étendu ou fléchi.

Lorsque le membre est dans l'extension, la partie la plus saillante du coude, la pointe de l'olécrâne est située sur cette ligne transversale épitrochléo-épicondylienne : en un mot, à l'état normal, en regardant la face postérieure de l'avant-bras étendu, on trouve sur une même ligne les trois saillies osseuses : épicondyle, sommet de l'olécrâne, épitrochlée. En outre, l'olécrâne est à égale distance de l'épicondyle et de l'épitro-

chlée, un peu rapproché de cette dernière chez la femme et chez l'enfant (Tillaux).

A mesure que le membre se met en flexion, l'olécrâne s'abaisse : dans la flexion à angle droit, son sommet (la pointe du coude) est situé à 3 centimètres au-dessous de la ligne épitrochléo-épicondylienne.

Mais que le coude soit luxé en arrière : l'olécrâne aura subi un certain degré d'ascension en arrière et au-dessus de l'extrémité humérale, il sera plus élevé qu'à l'état normal ; alors, dans l'extension, il dépassera la ligne des deux tubérosités, et dans la demi-flexion, sa partie culminante arrivera au niveau de la ligne. Ce degré d'ascension varie du reste suivant que la luxation est complète ou incomplète. Veut-on l'apprécier d'une façon très exacte ? on peut employer le procédé suivant, indiqué par Fouchen : on marque avec de l'encre l'épicondyle, l'épitrochlée, et le sommet de l'olécrâne ; en réunissant ces trois points par des lignes, on a ainsi un triangle dont le sommet répond à l'olécrâne. De ce sommet, on abaisse une perpendiculaire sur la base formée par la ligne qui réunit l'épicondyle et l'épitrochlée. On répète la même chose sur le bras sain, et la différence de hauteur des deux perpendiculaires exprime très exactement le degré de l'ascension de l'olécrâne. Il est indispensable, pour cette recherche, que les deux coudes soient dans un égal degré de flexion : ce qu'on obtient en faisant croiser les doigts au malade.

Il est encore un bon mode d'exploration des points de repère osseux, qu'a signalé Nélaton, et qu'enseigne Tillaux : à l'état normal, l'avant-bras étant fléchi à angle droit sur le bras, le plan *vertical* qui passe par les deux tubérosités humérales, épicondyle et épitrochlée, rase la face postérieure de l'olécrâne. Dans la luxation du coude en arrière, le déplacement du cubitus en arrière suffisant pour que le bec de la coronoïde passe au-dessous de la trochlée humérale et vienne arc-bouter sur son versant postérieur, provoque un recul de l'olécrâne de deux travers de doigt au moins. Cet éloignement du sommet de l'olécrâne de la ligne verticale passant par l'épitrochlée s'accusera d'autant plus que le chevauchement du cubitus sur l'humérus sera plus prononcé.

Cette exploration du coude, la vérification des rapports qu'affectent entre elles les saillies osseuses : épicondyle, épitrochlée, olécrâne, tête radiale, constituent le meilleur moyen de diagnostic dans les cas douteux. Si j'y ai si longuement insisté, c'est que cette exploration est d'une importance primordiale, et qu'elle domine le diagnostic de toutes les lésions traumatiques du coude : luxations, fractures, entorses et contusions. Cet exposé me permettra d'ailleurs d'être plus bref dans la symptomatologie et le diagnostic de la luxation.

Le coude peut se luxer en arrière, en avant, ou sur les côtés. Mais seule la luxation en arrière est fréquente : c'est elle qu'observe le praticien, et qu'il faut bien connaître. Les autres ne sont que des raretés.

Diagnostic de la luxation du coude en arrière.

Dans les cas faciles, où le gonflement ne masque pas les saillies osseuses, la déformation du coude luxé en arrière est si nette qu'on peut, à la simple inspection, presque affirmer le diagnostic.

Ce qui frappe à première vue, en comparant le coude malade au coude sain mis dans la même attitude, c'est l'augmentation du diamètre antéro-postérieur, et la forte saillie que fait l'olécrâne en arrière. Cette forte saillie est surtout appréciable, si l'avant-bras est porté dans une certaine flexion. En raison de cette saillie de l'olécrâne, le tendon du triceps, qui s'y insère, est déprimé, relâché au-dessus d'elle : il en résulte une sorte d'encoche, et à ce niveau la face postérieure du bras, au lieu de présenter sa convexité normale, est légèrement concave. En avant, le pli du coude est remonté ; et parfois s'y dessine, en l'absence du gonflement, le relief que forme à ce niveau l'extrémité inférieure de l'humérus.

Telle est la déformation qu'apprécie la simple inspection : il faut maintenant la contrôler par une palpation méthodique, chercher les points de repère osseux, déterminer leurs rapports réciproques.

Au-dessous de l'épicondyle, le doigt ne trouve plus la saillie arrondie de la tête radiale. Donc le radius n'est plus à sa place. En déprimant avec soin les parties molles, on le trouve un peu plus haut et en arrière, au côté externe de la saillie olécrânienne : le gonflement est-il minime, on peut arriver à sentir nettement à ce niveau la tête radiale, et à mettre le doigt dans la cupule. Si l'on imprime alors à l'avant-bras de légers mouvements de pronation et de supination, on sent cette tête qui roule sous le doigt.

La saillie de l'olécrâne est plus facilement appréciable. Nous avons vu les rapports qu'elle affecte avec l'épicondyle et l'épitrochlée, sur un coude normal, et les modifications qu'entraîne, dans ces rapports, sa luxation en arrière. Maintenons donc les deux membres dans une situation identique, et, toujours en comparant au coude sain, recherchons ces rapports, comme il a été indiqué plus haut. Nous trouverons que l'olécrâne est notablement plus *élevé*, par rapport à la ligne horizontale unissant l'épitrochlée à l'épicondyle. Et surtout nous verrons qu'il est *reculé*, qu'il dépasse nettement en arrière le plan vertical de l'épitrochlée et de l'épicondyle, le coude étant fléchi à angle droit. Ceci est une preuve absolue de son déplacement en arrière, et si l'on a préalablement constaté l'absence du radius de sa place normale, on peut affirmer la luxation complète des deux os de l'avant-bras en arrière.

L'exploration des mouvements articulaires terminera l'examen. Les mouvements spontanés sont presque absolument impossibles, et très douloureux. Par des mouvements provoqués, on peut sans trop de difficultés augmenter l'extension de l'avant-bras, mais la flexion ne peut dépasser une certaine limite et rencontre à un moment donné une résistance invincible : ce qui résulte des nouveaux rapports des surfaces articulaires. En outre, le coude normal ne présente pas de mouvements de latéralité : mais ces mouvements existent dans le coude luxé. Il est facile d'y percevoir de la mobilité latérale, du ballottement de l'avant-bras ; mais il faut avoir soin de bien immobiliser le bras, et de ne pas confondre les mouvements de latéralité avec les mouvements de flexion.

Tels sont les signes les plus importants de la luxation du coude en arrière : grâce à eux, lorsqu'il n'existe ni extrême gonflement, ni difficultés spéciales d'examen résultant de la douleur, le diagnostic est relativement aisé. Mais il est loin

d'en être toujours ainsi : et lorsque le gonflement est survenu, masquant les saillies et les dépressions normales, on peut être fort embarrassé. Cependant il est bien rare que ce gonflement soit assez considérable pour que l'on ne puisse, par le toucher, déterminer exactement les rapports des os entre eux. Il faudra donc s'attacher toujours, et surtout dans ces cas difficiles, à rechercher avec soin la situation des saillies osseuses qui doivent servir de points de repère dans l'exploration de la région du coude.

Ceci posé, la luxation du coude en arrière pourrait être confondue avec une contusion, une entorse, une fracture articulaire.

La contusion et l'entorse du coude se distingueront de la luxation lorsque, par une exploration attentive, on se sera convaincu qu'il n'existe aucune déformation, que les saillies osseuses ont conservé leurs rapports normaux, et que les mouvements sont conservés.

Le diagnostic avec les fractures du coude sera parfois plus difficile. Les fractures partielles portant sur l'olécrâne ou sur l'épitrochlée sont, en général, d'un diagnostic aisé : les os atteints sont immédiatement sous la peau, facilement accessibles, situés en quelque sorte en dehors du plan articulaire. Mais la fracture totale, transversale, de l'extrémité inférieure de l'humérus, c'est-à-dire la fracture de l'humérus siégeant très bas, immédiatement au-dessus des tubérosités interne et externe, peut donner naissance à un ensemble de signes capables d'en imposer pour une luxation. Tillaux a merveilleusement exposé ce point de diagnostic. Dans une fracture de ce genre, « supposez, dit-il, que le fragment supérieur se porte en avant, et que le fragment inférieur se porte en arrière en entraînant avec lui les deux os de l'avant-bras, vous observerez une déformation analogue à celle de la luxation ; le membre est raccourci, le diamètre antéro-postérieur du coude est augmenté ; il existe une saillie de l'olécrâne en arrière, et les axes du bras et de l'avant-bras ne se coupent plus dans le point normal : on provoque des mouvements latéraux.

Mais on constatera les signes différentiels suivants :

Le radius a conservé ses rapports avec l'épicondyle, et dans les mouvements de rotation de l'avant-bras il pivote sur le condyle. La pointe de l'olécrâne affecte avec les saillies latérales les mêmes rapports que ceux du côté sain, les deux bras étant placés dans une situation identique, ce qu'il ne faut jamais négliger de faire. Les mouvements sont douloureux sans doute dans les deux cas et difficiles ; cependant lorsque, saisissant le bras d'une main et l'avant-bras de l'autre, vous imprimez à ce dernier de très légers mouvements de flexion et d'extension, de façon à ne pas ébranler les fragments, ces mouvements sont faciles et non douloureux en cas de fracture.

Dans la fracture, on perçoit souvent une crépitation très nette. Enfin je suppose que les signes précédents soient peu accusés ou peu perceptibles, en raison du gonflement : exercez sur l'avant-bras une certaine traction pendant que l'humérus est fixé, vous verrez l'olécrâne descendre, les os reprendre leur place et la déformation disparaître, mais au bout d'un instant, si les parties ne sont pas solidement maintenues, elles reviendront à leur situation anormale. La fracture de l'apophyse coronoïde à sa base coïncidant avec une luxation en arrière pourrait seule donner naissance à ce dernier signe, mais vous avez dans ce cas les autres signes de la luxation.

Il sera donc le plus souvent possible, facile même, à condition d'analyser de près tous les signes, de distinguer une fracture totale et transversale du coude d'avec une luxation en arrière. D'ailleurs, ce qui importe surtout pour le blessé, c'est de ne pas confondre ces affections avec une contusion simple, de manière à rester inactif, car, en faisant les manœuvres de réduction, vous ramènerez les choses en l'état, quand même le diagnostic ne serait pas absolument exact. »

Réduction de la luxation récente du coude en arrière.

La luxation bien reconnue, il faut procéder immédiatement à la réduction. Dans ces luxations *récentes*, on peut dire que tous les moyens réussissent. C'est qu'en effet le déplacement articulaire n'est maintenu que par la contraction musculaire dont une traction peu énergique a raison. Voici le procédé le plus simple, journellement employé :

Le malade est assis sur une chaise. Le chirurgien se place derrière lui, et confie l'avant-bras à un aide auquel il fait exercer une traction soutenue, sans violence. Il embrasse lui-même le coude avec ses deux mains qu'il croise en avant sur l'extrémité inférieure de l'humérus, pour le refouler en arrière, tandis que les deux pouces, appuyant en arrière sur l'olécrâne, le refoulent en avant. Il reste dans cette position pendant une, deux, trois minutes, pour fatiguer les muscles du sujet. Bientôt il sent sous les doigts un certain glissement des deux os : il commande alors à l'aide qui fait l'extension de fléchir brusquement l'avant-bras sur le bras, et au même instant il exerce avec les pouces une pression directe aussi forte que possible de haut en bas.

Cette simple manœuvre suffit le plus souvent à réduire la luxation. On s'assure que cette réduction est bien faite, par la disparition des saillies anormales, et surtout par la facilité des mouvements de flexion et d'extension. En cas d'échec, on recommence une seconde fois, et, si l'on ne peut réduire, on fait coucher le malade, on l'endort, et l'on a recours, sous le chloroforme, au même mode de réduction.

La réduction obtenue, le coude est placé dans une écharpe, et maintenu immobile pendant quatre ou cinq jours, au maximum. Au bout de ce temps, on lui imprimera quelques mouvements, peu étendus d'abord, puis de plus en plus larges : en un mot, une fois la réduction faite, il ne faut pas oublier que la partie la plus délicate du traitement commence, et que le rétablissement des mouvements de la jointure doit être surveillé de très près. En même temps qu'on lui imprimera des mouvements progressifs de pronation et de supination, de flexion et d'extension, le membre sera soumis chaque jour à un massage régulier. Ainsi l'on évitera sûrement les raideurs articulaires consécutives à une immobilisation trop prolongée.

C'est justement cette crainte des raideurs articulaires qui rend plus délicat le traitement de la luxation compliquée. En effet, y a-t-il fracture de l'apophyse coronoïde, ou de la tête du radius, il devient plus difficile de conserver la réduction obtenue. Si l'on abandonne le bras dans une écharpe de Mayor, ou si on l'entoure d'un bandage ouaté légèrement compressif, le déplacement

se reproduit aussitôt. On peut donc être obligé, pour maintenir les os en place, d'immobiliser le bras et l'avant-bras fléchi à angle droit dans un appareil plâtré. Mais cette immobilisation, ne l'oublions pas, a pour inconvénient de provoquer des raideurs articulaires considérables, quelquefois même une véritable ankylose. Et c'est ce qu'il faut absolument éviter. Aussi, au cas où l'impossibilité du maintien de la réduction rendrait cette immobilisation nécessaire, il faut le plus tôt possible, dès le dixième ou le douzième jour, avant même si on le peut, lever l'appareil et imprimer quelques mouvements à la jointure. C'est ici, dans ces fractures juxta-articulaires, que le massage quotidien, bien pratiqué, sera d'un grand secours.

Traitement des luxations difficiles à réduire et des luxations irréductibles.

Autant est facile la réduction d'une luxation récente, autant est difficile celle d'une luxation datant d'un mois, de trois semaines, et même de quinze jours. On a même cité des cas où au bout de huit jours une luxation du coude était devenue irréductible. Cet obstacle à la réduction provient de plusieurs causes : déformations osseuses des surfaces articulaires, rétraction des muscles péri-articulaires, adhérences fibreuses, et aussi, comme l'a montré Farabeuf, reconstitution des ligaments latéraux déchirés. Ces ligaments latéraux, déchirés au moment de la luxation, se cicatrisent pendant que les os occupent leur attitude vicieuse ; ils forment alors deux cordes latérales très fortes qui maintiennent fixe le chevauchement des os de l'avant-bras sur l'humérus, et s'opposent à la réduction par traction.

Il faut d'abord essayer de réduire ces luxations anciennes sous le chloroforme, lorsqu'elles ne remontent pas à plus d'un mois, de deux au maximum. Par des mouvements de flexion et d'extension forcée, on rompra d'abord les adhérences postérieures et antérieures. Par des mouvements de flexion en dedans et de flexion en dehors, combinés à la traction exercée sur l'avant-bras, on cherchera à rompre les ligaments latéraux externe et interne. Et l'on essaiera de réduire la luxation par la même manœuvre que tout à l'heure, les tractions étant seulement plus énergiques. Sur des luxations datant de huit, quinze jours, trois semaines, on pourra réussir ainsi : sur des luxations plus anciennes, on échouera le plus souvent. C'est dans ces cas qu'on a essayé des tractions avec les machines, moufles, appareil de Jarvis, etc., mais les tractions aveugles et brutales de ces appareils ont souvent entraîné de déplorables accidents : déchirures ou sphacèles de la peau, rupture des muscles, des vaisseaux ou des nerfs. Et d'ailleurs les résultats de la réduction laborieusement obtenue par les tractions ne sont pas brillants, et les malades que Peyrot, Quénu et Nélaton ont présenté à la Société de chirurgie n'avaient que des mouvements très limités. Aussi tend-on de plus en plus à abandonner l'emploi de ces appareils.

L'arthrotomie, par laquelle on se propose d'agir directement sur les agents de l'irréductibilité pour réduire les os luxés, donne, elle aussi, des résultats peu encourageants au point de vue fonctionnel. De telle sorte que jusqu'à plus ample informé, lorsqu'une luxation du coude remonte à six semaines ou deux mois, et qu'il a été impossible de la réduire, sous le chloroforme, par des tractions combinées à la flexion et à l'extension forcées, et aux flexions latérales, la meilleure intervention paraît être la résection du coude, résection semi-articulaire ou typique, suivant la variété de la luxation et l'étendue du déplacement. Après la résection, on imprimera au coude des mouvements précoces, de façon à obtenir une bonne mobilité et un résultat fonctionnel satisfaisant.

A coup sûr il est dur d'en venir à une résection du coude pour une luxation qu'on aurait pu si facilement réduire au moment où elle s'est produite. Cela montre combien il importe, en présence d'un traumatisme du coude, de rechercher avant tout s'il n'existe pas une luxation, et de la réduire au plus tôt.

A. JOURDAN,
Interne des hôpitaux de Paris.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les études pour l'Officiat.

La loi Chevandier ayant supprimé pour l'avenir le grade d'officier de santé, un certain nombre de questions relatives aux études qui mènent à ce grade ont été soulevées.

Une circulaire du ministre de l'instruction Publique y répond en ces termes :

« La mise en exécution, à dater du 1er décembre prochain, de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, soulève en ce qui concerne les études pour l'officiat de santé, un certain nombre de questions qu'il importe de résoudre avant le début de l'année scolaire.

Tout d'abord, il va sans dire que les étudiants qui ont commencé leurs études en vue de l'officiat ont le droit de les continuer. Mais on a demandé si les jeunes gens qui possèdent les grades, titres ou certificats précédemment requis pour l'inscription en vue de l'officiat, pourraient encore prendre leur première inscription au mois de novembre prochain.

L'affirmative n'est pas douteuse. La loi porte la date du 30 novembre. En vertu de son article 34, elle n'est exécutoire qu'un an après sa promulgation, c'est-à-dire le 1er décembre 1893. D'autre part, elle dispose en son article 31 que « les élèves qui, au moment de l'application de la présente loi auront pris leur première inscription, pourront continuer leurs études médicales et obtenir le diplôme d'officier de santé ». Il en résulte que quiconque se trouve dans les conditions réglementaires, peut, jusqu'au 1er décembre prochain, exclusivement, terme de rigueur, prendre la première inscription en vue de l'officiat.

La loi précédente sur l'exercice de la médecine interdisait à l'officier de santé d'exercer sa profession en dehors du département pour lequel il s'était présenté. Les règlements rendus en exécution de cette disposition faisaient obligation à l'étudiant en officiat de s'inscrire dans l'établissement, Faculté ou Ecole, dans le ressort duquel était compris le département où il se proposait d'exercer.

La loi du 30 novembre 1892 a disposé, article 29, que les officiers de santé, sans exception, qu'ils aient été reçus avant ou après cette date, « auront le droit d'exercer la médecine sur tout le territoire de la République ». Et, comme l'article 36 abroge, en même temps que les dispositions de la loi de ventôse an XI, toutes les dispositions des lois et règlements contraires à la loi nouvelle, il en résulte qu'à dater du 1er décembre 1893 sont abrogées toutes les dispositions réglementaires relatives aux circonscriptions des divers établissements d'enseignement médical, en ce qui concerne les études pour l'officiat et la réception des officiers de santé.

Tant qu'il restera des étudiants en officiat inscrits dans les Écoles, les jurys fonctionneront comme par le passé. Cependant, comme les aspirants à ce grade

ne sont plus astreints à subir leurs examens définitifs dans telle Faculté ou dans telle Ecole, il pourra se faire que la constitution des jurys soit rendue superflue par l'absence de candidats. Afin d'éviter des déplacements inutiles et onéreux, les étudiants seront invités à se faire inscrire un mois plein avant la date fixée pour l'ouverture de chaque session.

Les sessions ont été précédemment fixées aux mois d'août et d'avril. Dans l'état actuel des choses, il n'est plus nécessaire de conserver une session en avril. La seconde session aura lieu en novembre ; elle sera réservée, comme l'était la session d'avril, aux candidats ajournés à la session d'août.

De la sorte, les professeurs de Faculté pourront en même temps présider les examens de sages-femmes fixés au mois de novembre par le décret du 25 juillet 1893.

Ces dispositions sont applicables dès cette année. »

Assistance médicale gratuite.

Règlement proposé pour le département du Loiret.

Le syndicat médical du Loiret s'était, dès 1891, préoccupé du futur règlement à réclamer : le service en vigueur datait de 1852, et, malgré quelques améliorations, il y avait encore beaucoup à faire.

La question fut étudiée à fond dans les quatre cercles d'arrondissements, puis le conseil syndical groupa les diverses résolutions en un texte unique qui fut voté par l'Assemblée générale.

Tout était donc prêt, lorsque fut promulguée la loi sur l'Assistance médicale, et l'inspecteur départemental du service n'avait qu'à traduire, en articles, les vœux du syndicat, pour présenter à l'Administration le projet de règlement nouveau.

L'organisation, dans le Loiret, aurait donc pu être votée à la session dernière du Conseil général ; l'ajournement de l'application de la loi a permis au syndicat d'examiner à nouveau le projet et de l'adopter par un nouveau vote.

C'est donc avec l'appui unanime du syndicat, c'est-à-dire de plus des trois quarts des médecins du Loiret, que ce projet est présenté au Préfet qui, d'ailleurs, l'accepte tel quel.

Le projet du Loiret paraîtra inadmissible dans nombre de départements, et pourtant il est accepté par tous ici.

Cela prouve qu'il était utile de laisser chaque département s'organiser à sa guise et adopter le système qui paraissait le mieux lui convenir.

Le libre choix du médecin par les indigents qui passionne ailleurs, nous laisse absolument froids : je dirai plus, nous le repoussons, convaincus qu'il ne présenterait pour nous que des inconvénients et serait un obstacle sérieux au bon fonctionnement du service.

Nous en restons au vieux système, celui des circonscriptions personnelles, que nous avons expérimenté et qui nous convient. Les rares médecins, ne participant pas encore au service, qui voudraient y entrer, seront admis : tous auront donc satisfaction.

Tous les services publics, groupés dans les mêmes mains, faciliteront le service et assureront aux médecins une rémunération, non pas suffisante sans doute, puisqu'il est convenu que la médecine ne doit pas être honorée comme les autres professions — mais du moins acceptable.

Les rapports de l'Administration et des médecins sont toujours excellents et l'intermédiaire d'un inspecteur médecin n'est pas fait pour les rendre plus mauvais.

Nous sommes donc satisfaits, autant qu'on peut l'être en pareil cas. Cela pourra sembler extraordinaire ailleurs, nous le répétons, mais cela est, et pour nous c'est l'essentiel.

On me demande de publier ce règlement, je le fais volontiers. Je n'ai aucunement la prétention de dire à mes confrères : c'est le meilleur, prenez-le. Je leur dis simplement : voyez si vous y trouvez quelques idées qui vous conviennent, quelques détails d'organisation qui puissent s'appliquer chez vous.

Et si je puis leur être, par cette publication, de quelque utilité, je me déclare absolument satisfait.

Dr A. Gassot.

DÉPARTEMENT DU LOIRET.

I. Service de la Médecine publique.

PROJET DE RÈGLEMENT

Organisation générale

Article premier.

Le service départemental de la médecine publique comprend :

Le service de l'Assistance médicale ;

Le service de la vaccine ;

L'Inspection de l'hygiène et de la santé publiques ;

L'Inspection médicale des écoles ;

La surveillance des Enfants assistés, ainsi que celle des vieillards infirmes, incurables et épileptiques, placés chez les particuliers, au compte du département ;

La surveillance des enfants du premier âge.

Art. 2.

Le service est assuré par un Inspecteur départemental et par des Médecins du service nommés par le Préfet.

Ces médecins devront être de nationalité française ou naturalisés tels.

Art. 3.

Le département du Loiret est divisé en un nombre indéterminé de circonscriptions, pourvues chacune d'un Médecin du service.

Ce médecin exerce, conformément au présent règlement, dans toutes les communes de sa circonscription, toutes les attributions dont il est fait mention à l'article premier.

Il adresse au Préfet, à la fin de chaque année, un rapport sur le fonctionnement du service, dans sa circonscription.

Art. 4.

Tout Médecin du service qui aura besoin de s'absenter ou sera empêché, pour toute autre cause, de faire son service, devra s'entendre avec un de ses collègues pour assurer son remplacement.

Il soumettra, dans tous les cas, cet arrangement à l'Inspecteur départemental qui, après lui avoir donné son adhésion, avertira les maires des communes intéressées.

Art. 5.

L'Inspecteur départemental est chargé de la

direction générale du service sur le fonctionnement duquel il adresse, chaque année, au Préfet un rapport qui est soumis au Conseil général.

Ce rapport est envoyé à tous les médecins du service.

II. Service de l'Assistance médicale.

Confection et communication des listes.

Art. 7.

Tous les ans, dans chaque commune, au mois d'octobre, le Bureau d'Assistance dresse la liste des personnes appelées à jouir, l'année suivante, des bénéfices de l'Assistance médicale.

Le Médecin du service est toujours convoqué à la séance.

La liste est arrêtée par le Conseil municipal à sa session de novembre.

La même procédure est suivie, lors de chacune des trois autres sessions ordinaires du Conseil municipal, pour la revision de cette liste.

Art. 8.

La liste, une fois close, est adressée par le Président du Bureau d'Assistance au médecin et s'il y a lieu au pharmacien de la circonscription à laquelle appartient la commune.

Si, dans l'intervalle des sessions, une inscription est ordonnée d'office, le Président du Bureau d'Assistance adresse, au médecin de la circonscription, une réquisition écrite que celui-ci doit conserver jusqu'à la régularisation de l'inscription et produire en cas de contestation.

Art. 9.

Toute famille qui compte des membres inscrits sur la liste d'assistance reçoit une feuille spéciale portant les noms, prénoms et âges de ceux de ses membres qui sont admis au service de l'assistance.

Cette feuille porte, *au verso*, les conditions générales du fonctionnement du service.

Art. 10.

Le Président du Bureau d'Assistance remet en outre : à chaque famille un carnet de feuilles de visites ; au médecin de la circonscription un carnet de feuilles de consultations (1).

Fonctionnement du service médical.

Art. 11.

Les Médecins du service de l'Assistance doivent les secours de l'art à toutes les personnes nominativement inscrites sur les listes de leur circonscription.

Ils traitent à domicile, *sur la demande du Président du Bureau d'Assistance*, les malades qui ne pourraient, sans inconvénient, se transporter chez eux.

Dans les cas urgents, ils peuvent être appelés directement par le malade ou par sa famille.

Indépendamment des soins que peuvent venir réclamer d'eux les malades capables de se transporter à leur cabinet, les médecins du service profitent de leur présence dans les communes de leurs circonscriptions, pour donner à ces malades les secours médicaux dont ils ont besoin.

Art. 12.

Dans les villes comptant une population importante, il pourra être créé des dispensaires spéciaux pour les consultations.

Des règlements particuliers, élaborés de concert avec les municipalités, détermineront les conditions du fonctionnement de ces dispensaires.

Art. 13.

Les médecins du service doivent, pour leurs prescriptions, se conformer aux avis et recommandations qu'ils trouveront en tête du *tarif des médicaments, objets de pansements et appareils*, tant au point de vue des prohibitions, que des quantités maxima à délivrer en une seule fois.

Art. 14.

Dans le cas où, pour le traitement d'une maladie grave ou pour une opération chirurgicale à pratiquer, la consultation ou l'adjonction d'un médecin du service voisin serait nécessaire, celui-ci devra déférer à l'invitation qu'il recevra à cet égard.

Art. 15.

En cas d'urgence, ou s'il reconnaît l'impossibilité de soigner utilement un malade à domicile, le Médecin du service peut prescrire son transport à l'hôpital.

Il délivre alors un certificat d'admission qui doit être contresigné par le Président du Bureau d'Assistance ou par son délégué.

Art. 16.

Lors de chaque visite qu'il fait au domicile des malades, le Médecin du service détache une feuille du carnet de visites que lui présente la famille et porte sur la souche le nom du malade et la date de cette visite. Sur cette feuille il inscrit, pareillement, le nom du malade, la date de la visite et la nature de la maladie.

Lors des consultations qu'il donne dans son cabinet, il détache une feuille de son carnet de consultations et la remplit d'une manière identique.

Dans les dispensaires, il remplira une feuille de consultations spéciale.

Art. 17.

A la fin de chaque mois, ces feuilles de visite et de consultations sont adressées au Président du Bureau d'Assistance de chaque commune, qui en délivre récépissé.

Elles doivent lui parvenir au plus tard le 5 du mois suivant.

Elles servent au contrôle du service et à l'établissement du traitement alloué aux médecins.

Art. 18.

Le traitement des Médecins du service de l'Assistance est réglé de la manière suivante :

1° Pour chaque *visite* au domicile du malade, ils reçoivent une allocation de *un franc*. Si la visite est faite dans une *commune autre que celle où le médecin a son domicile*, il est alloué une indemnité supplémentaire de déplacement calculée à raison de *vingt-cinq centimes par kilomètre* de chef-lieu à chef-lieu, et à l'aller seulement.

Si la visite a lieu la nuit, les prix ci-dessus seront doublés.

2° Pour chaque *consultation* dans leur cabinet, ils reçoivent une allocation de un franc.

3° Pour chaque séance de consultations dans les dispensaires, ils recevront une allocation déterminée par le règlement spécial.

(1) Voir plus loin les modèles de ces carnets.

Art. 19.

Un règlement spécial déterminera les opérations qui peuvent donner lieu, pour les Médecins du service, à une allocation particulière et le montant de cette allocation pour chacune d'elles.

Fonctionnement du service pharmaceutique.

Art. 20.

Les médicaments, objets de pansements et appareils sont fournis aux malades inscrits sur les listes d'assistance par les pharmaciens ou orthopédistes, sur ordonnances du médecin de la circonscription, ou par les médecins eux-mêmes, conformément aux lois existantes et dans les conditions fixées par le *tarif spécial* en vigueur.

Il peut être nommé, par arrêté du Préfet, un Pharmacien du service, particulier pour chaque circonscription.

Art. 21.

Les pharmaciens, orthopédistes ou médecins, qui auront fourni des médicaments, objets de pansements ou appareils, aux malades inscrits sur les listes d'assistance, seront payés sur la production de mémoires adressés, chaque semestre, au Président du Bureau d'assistance de chaque commune.

Ces mémoires seront dressés, sur des feuilles fournies par l'Administration, en double expédition, et l'une de ces expéditions *devra être timbrée* toutes les fois que la somme totale sera *supérieure à dix francs*.

Les ordonnances des médecins du service seront produites à l'appui des mémoires des pharmaciens et orthopédistes ; elles devront porter, avec la date et le nom du malade, la mention : *service de l'Assistance médicale*.

Fonctionnement du service des accouchements.

Art. 22.

Les sages-femmes du service de l'Assistance sont nommées par le Préfet.

Elles sont chargées des accouchements des femmes inscrites sur les listes des communes de leurs circonscriptions respectives.

Lors de chaque accouchement, elles font dresser par le Président du Bureau d'Assistance un bulletin spécial, sur la présentation duquel elles recevront l'allocation qui leur est due.

Cette allocation est fixée à *huit francs* par accouchement.

Mobiliers médicaux.

Art. 23.

Les objets et instruments nécessaires au Service de l'Assistance désignés sous la rubrique de *mobiliers médicaux*, sont confiés à la garde des Bureaux d'Assistance et devront être entretenus par eux.

Ces objets ne pourront être délivrés que sur la demande du Médecin du service et devront, aussitôt après la maladie, être exactement rapportés au dépôt.

Contrôle.

Art. 24.

Chaque année, au mois de janvier, les Présidents des Bureaux d'Assistance dressent les états des sommes dues aux médecins et aux sages-femmes du service pendant l'année précédente et les envoient, avec les bulletins de visites, de consultations et d'accouchements qu'ils ont centralisés, à l'Inspecteur départemental.

Ils lui adressent de même, à la fin de chaque semestre, en juillet et janvier, les mémoires de médicaments, objets de pansements et appareils présentés par les pharmaciens, orthopédistes et médecins. Ces mémoires sont toujours accompagnés des ordonnances médicales.

Art. 25.

L'Inspecteur départemental vérifie et règle les états des sommes dues aux médecins et sages-femmes, ainsi que les mémoires des médicaments, objets de pansements et appareils.

Aucune dépense afférente au service de l'assistance médicale ne peut être ordonnancée sans avoir reçu son visa.

Réclamations.

Art. 26.

L'Inspecteur départemental examine et instruit les questions qui peuvent faire l'objet de réclamations, tant des médecins, sages-femmes ou pharmaciens du service, que des Bureaux d'Assistance.

Il adresse au Préfet, sur chaque affaire, son avis motivé.

A cet effet, il correspond directement avec les Présidents des Bureaux d'Assistance et les médecins du service.

Modèle de la feuille délivrée aux familles assistées.

Le médecin de service de l'Assistance ne doit ses soins gratuits qu'aux membres de la famille ci-dessous désignés.

NOMS	PRÉNOMS	AGE

AVIS IMPORTANT

Tout malade en état de se transporter doit se rendre à la consultation du médecin dans son cabinet.

Doivent seuls appeler chez eux le médecin les malades alités ou hors d'état de se transporter.

A chaque visite du médecin, il doit lui être présenté le carnet de feuilles de visites recouvert de la présente feuille.

Cette feuille est renouvelée chaque année. Elle sert de couverture au carnet de feuilles de visites dont il est parlé à l'article 10.

Modèle des Bulletins de visite.

NOM DU MALADE DATE DE LA VISITE	DÉPARTEMENT DU LOIRET — **Service de l'Assistance médicale.** — BULLETIN DE VISITE Commune de ______ Nom du malade ______ Date de la visite ______ Nature de la maladie ______ *Le médecin du service,* Le présent bulletin doit être adressé, chaque mois, au Président du Bureau d'assistance et lui parvenir au plus tard le 5 du mois suivant.

Le Bulletin de consultation est identique.

BULLETIN DES SYNDICATS

Assistance médicale gratuite.

On se rappelle que la loi sur l'assistance médicale gratuite, promulguée le 15 juillet 1893, a causé une véritable déception dans plusieurs syndicats médicaux qui s'étaient occupés dans ces dernières années de l'organisation de services d'assistance départementaux. Les avantages que leur avait fait obtenir ainsi leur initiative, se trouvaient en grande partie compromis. Il leur importait donc beaucoup de savoir dans quelle limite devait être appliqué l'article 35 de la loi qui dit que « *Les communes ou syndicats de communes qui justifient remplir d'une manière complète leur devoir d'assistance envers leurs malades, peuvent être autorisés par une décision spéciale du ministre de l'Intérieur rendue après avis du conseil supérieur de l'assistance publique, à avoir une organisation spéciale.* »

Le Bureau de l'Union, se faisant l'interprète de ces préoccupations, a chargé son Président, dans sa séance du 18 octobre dernier, de faire auprès de Monsieur le Directeur de l'Assistance publique les démarches nécessaires pour éclaircir les doutes que soulève l'interprétation de cet article. M. Porson s'est donc rendu dès le lendemain au Ministère de l'Intérieur accompagné de deux des Vice-Présidents, MM. les Docteurs Pouliot, de Poitiers, et Cellier, de Laval. — Disons de suite que c'est avec la plus grande courtoisie que nos confrères ont été reçus par M. Monod.

La réponse de M. le Directeur de l'Assistance publique a été catégorique ; il a déclaré qu'il ne pouvait y avoir de doute à ce sujet, et que dans tous les départements ou communes qui réclameraient des subventions à l'Etat, les services d'Assistance devraient être mis en harmonie complète avec la loi du 15 juillet 1893.

C'est donc un travail à reprendre par les Syndicats médicaux dans tous les départements où ils ont contribué à organiser des services d'Assistance ; il faut que, sans tarder, comme le leur recommandait dernièrement notre distingué confrère M. Gassot, ils se remettent à la besogne et tirent le meilleur parti possible de la situation.

Le Président de l'Union, pour les aider dans cette tâche, demanda à M. le Directeur de l'Assistance publique s'il consentirait à ce que le Bureau de l'Union des syndicats médicaux élaborât un projet de règlement en conformité avec la loi sur l'Assistance, mais sauvegardant le plus possible les intérêts des médecins, projet qui lui serait soumis et dont il recommanderait l'application officieusement partout où cela serait possible.

M. Monod accueillit très favorablement cette proposition.

En présence des bonnes dispositions de M. le Directeur de l'Assistance publique, M. le Dr Pouliot eut alors l'heureuse idée de demander, puisque la loi ne donne pas voix délibérative au médecin du service dans les commissions d'Assistance, que, toutes les fois que cela se pourrait, des médecins étrangers au service soient appelés par les Préfets à faire partie de ces commissions avec voix délibérative.

M. Monod ne fit aucune difficulté pour nous accorder cette faveur ; il donna même séance tenante des instructions pour que cette recommandation fût introduite dans le règlement en préparation.

Le Bureau de l'Union ne perd pas de vue non plus la question de l'exercice de la médecine sur les frontières. Dans une entrevue qu'eurent ensuite MM. Porson et Cellier avec M. Hanoteau, Directeur des Consulats au ministère des Affaires étrangères, ils apprirent que cette question était en bonne voie.

Le comité d'hygiène, dont M. Brouardel est le Président, venait d'en être saisi par le Ministre de l'Intérieur, et M. le Dr Gilbert-Ballet, Rapporteur, doit déposer prochainement ses conclusions. On peut espérer dès maintenant qu'elles seront favorables à nos confrères des frontières. Nous pouvons compter, dans tous les cas, sur les bonnes dispositions de MM. Brouardel, Cornil, Dujardin-Beaumetz, Treille, Monod et Hanoteau, Membres du comité d'hygiène, qui ont tous promis à notre Président d'étudier cette question avec le plus bienveillant intérêt.

Union des Syndicats médicaux de France.

Circulaire adressée à tous les Présidents des Syndicats adhérents à l'Union.

Nantes, le 2 novembre 1893.

MONSIEUR LE PRÉSIDENT ET TRÈS HONORÉ CONFRÈRE,

Vous avez appris, par le *Concours Médical* du 21 Octobre dernier, que l'*Assemblée générale* de l'Union des Syndicats médicaux de France se tiendra le *Dimanche 19 Novembre prochain, à 9 heures précises du matin,* dans les salons du Grand-Hôtel, à Paris.

Le Bureau a décidé, dans sa séance du 18 Octobre dernier, qu'il serait rappelé, dans l'ordre du jour de la prochaine Assemblée générale, que les Statuts de l'Union, adoptés *provisoirement* le 27 Novembre 1892, seraient de nouveau soumis à l'examen des Délégués des Syndicats, avant d'être *adoptés définitivement.*

L'article 1er de ces Statuts porte, en effet, que : « *A partir de la mise à exécution de la loi Chevandier, sur l'exercice de la Médecine* (1er *Décembre* 1893), *il est institué une Union des Syndicats médicaux de France régulièrement constitués, conformément à la Loi du* 21 *Mars* 1884, *qui auront adhéré aux présents Statuts.*

« *Elle prend le titre d'***Union des Syndicats Médicaux de France.** »

Notre Association n'ayant pas encore d'existence légale et ses Statuts ne pouvant être déposés qu'à partir du 1er Décembre prochain, ces Statuts peuvent donc être revisés, si les Syndicats adhérents à l'Union en manifestent le désir.

D'autre part, je vous rappellerai, Monsieur le Président, que lorsqu'il s'est agi, au moment de l'élaboration de ces Statuts, de la fixation du nombre des Délégués, l'Assemblée, partageant l'opinion de M. Cézilly, *que la question était trop grave pour être immédiatement tranchée, adopta sa proposition de voter l'article 14 provisoirement* ; *la question continuant à être à l'étude, il serait statué d'une manière définitive lors de la prochaine Assemblée générale.*

Enfin, mon honorable prédécesseur, M. le Dr de Fourmestreaux, à la fin de la discussion, fit sagement remarquer qu'il *ne s'agissait, bien entendu, que d'une première lecture, que le Bureau examinerait avec soin les propositions nouvelles qui pourraient être faites et que le vote définitif des Statuts, en seconde lecture, était renvoyé à la prochaine Assemblée générale.* (*Concours Médical*, année 1892, pages 593 et 595.)

J'insiste à dessein, Monsieur le Président, sur les conditions qui ont présidé à la confection de ces Statuts, afin que les Syndicats se pénètrent bien de l'importance de l'Assemblée générale du 19 Novembre. Il est nécessaire, en effet, que ceux de ces Syndicats qui auraient quelque objection à faire à notre organisation, soient mis à même de produire ces objections, afin que cette organisation soit mise, autant que possible, en harmonie avec les aspirations du corps médical tout entier. Il est aussi à souhaiter que de longtemps, une fois nos Statuts déposés, nous n'ayons plus à les modifier, chaque changement entraînant forcément une nouvelle formalité de dépôt.

Permettez-moi, en outre, Monsieur le Président, d'attirer votre attention sur les articles des statuts qui ont été plus spécialement l'objet de demandes de modification. Ce sont les articles 9, 10, 14 et 24.

ART. 9. — *L'Union des Syndicats est représentée par un bureau de* 9 *membres : un président, quatre vice-présidents, un secrétaire-général, un trésorier et deux secrétaires.*

En raison des services rendus lors de la création des syndicats médicaux et de la constitution de l'Union, le Directeur du Concours Médical *est statutairement l'un des vice-présidents.*

Les autres membres du Bureau sont élus, chaque année par une assemblée générale des délégués des syndicats au scrutin secret et à la majorité des membres présents. Le vote par correspondance est formellement interdit.

ART. 10. — *La durée des fonctions des membres du Bureau est d'une année. Leur mandat est renouvelable, sauf celui du Président qui n'est pas immédiatement rééligible.*

ART. 14. — *Chaque année, il est tenu une assemblée générale de l'Union des Syndicats.*

Cette assemblée comprend : 1° *Les membres du Bureau de l'Union.* 2° *Les délégués des syndicats adhérents.*

Tout syndicat comptant de 1 *à* 50 *membres nomme un délégué ; de* 51 *à* 100 *membres* 2 *délégués ; de* 101 *à* 200 3 *délégués et un délégué de plus par cent membres ou fractions. Les délégués devront être munis de pouvoirs réguliers.*

ART. 24. — *A titre transitoire :* 1° *Les médecins qui n'ont pas de syndicat dans leur région.*

2° *Les médecins agrégés à des syndicats qui n'ont pas donné leur adhésion à l'Union, sont admis à faire individuellement partie de l'Union.*

..... *Ils peuvent assister aux Assemblées Générales ; mais ils ne peuvent être représentés par des délégués que s'ils se sont constitués en syndicat régulier.*

Il serait donc très utile que votre syndicat examinât avec la plus grande attention ces statuts avant qu'ils ne soient adoptés définitivement et que vous me fissiez parvenir, le plus tôt qu'il vous sera possible, les modifications que votre Syndicat souhaiterait d'y voir apporter.

Le Bureau se réunira le 18 Novembre au soir, pour examiner les propositions qui pourraient être faites et les présenter le lendemain à l'Assemblée générale des Délégués ; je vous prie donc de me faire parvenir vos propositions, si votre Syndicat juge à propos d'en faire, au plus tard le Vendredi 17 Novembre.

Nous venons de voir, en rappelant l'art. 14, comment la représentation des syndicats doit être assurée à l'Assemblée Générale. Je vous recommanderai seulement, Monsieur le Président, de vouloir bien veiller, à ce que le ou les délégués de votre syndicat soient munis de pouvoirs réguliers.

Ces pouvoirs pourront être établis par vos soins ou ceux du Secrétaire de votre Société et devront porter la mention exacte du nombre des membres actuels de votre syndicat. Ils seront enregistrés avant la séance par les soins d'un des Secrétaires adjoints. Il serait cependant préférable qu'ils fussent adressés d'avance au Président de l'Union, afin d'opérer ce travail la veille de la réunion.

Enfin, chaque Délégué, avant la séance, devra

apposer sa signature sur le registre où seront consignés les pouvoirs des Délégués.

Le Bureau de l'Union souhaite très vivement la présence à l'Assemblée du 19 Novembre de tous les Délégués des Syndicats. Cependant, en raison des empêchements possibles, prévus par les Statuts, je dois vous rappeler que *si tous les Délégués d'un même Syndicat n'assistent pas à la séance, le Délégué présent disposera, lors des votes, du nombre de voix attribuées au Syndicat, 1 voix de 1 à 50 Membres ; 2 voix de 51 à 100 ; 3 voix de 101 à 200 et ainsi de suite.*

Les Syndicats médicaux vont dans quelques semaines jouir de l'existence légale que leur assure le vote de la *loi Chevandier* ; le Bureau de l'Union se plaît à espérer, Monsieur le Président, que le concours de votre Syndicat est assuré à la revision nécessaire et définitive des Statuts de l'Union des Syndicats.

Veuillez agréer, Monsieur le Président et très honoré Confrère, l'expression de mes sentiments bien dévoués.

Le Président de l'Union des Syndicats Médicaux,
Dr Porson,
2, Place Saint-Pierre, Nantes.

Cotisations versées à l'Union des Syndicats médicaux.

Le trésorier a reçu les cotisations suivantes :

Rouen	70 fr.
Suburbain Bordeaux	56 »
Saint-Lô	30 »
Mayenne	40 »
Médoc (91-92-93)	90 »
Saint-Omer	32 »
Senlis	24 »
Tournon (Ardèche)	80 »
Vexin (Gisors)	36 »
Finistère	58 »
Rambouillet	40 »
Quimperlé	14 »
Domfront	26 »
Cher (Nord)	36 »
Côtes-du-Nord	82 »
Sidi-Bel-Abbès	16 »
Bar-sur-Aube	30 »

Dr Maurat.

REPORTAGE MÉDICAL

Nous sommes surpris que MM. *Brouardel et Dieulafoy* aient désiré soumettre leur rapport à l'Académie de médecine qui en a refusé la lecture. Aucune suspicion ne peut atteindre les deux rapporteurs et ils ont été bien peu avisés d'attacher une importance quelconque aux accusations de tout genre, aux plaisanteries que pouvait susciter l'amélioration de la santé de Cornélius Herz. Les reporters, en gaîté, allaient se donner carrière ; mais leurs appréciations des matières médicales sont en général si renversantes, que, dans la circonstance, les voir s'ébahir du changement de situation de Cornélius après 4 mois de traitement régulier, est bien joyeux aussi !

— La ville de *Roubaix* vient de voter une grosse somme, pour établir une *pharmacie municipale* qui livrera ses produits au prix de revient. On annonce qu'elle ne s'en tiendra pas là, et qu'elle va subventionner une *équipe de médecins* qui, elle aussi, au prix de revient, donnera ses soins aux malades, même à ceux de la famille de M. le maire de Roubaix. Voilà deux professions expropriées pour cause d'utilité publique ! Pour que cette création devienne légale, il faut attendre le vote de la loi, sur l'exercice de la pharmacie. Nous espérons que les pharmaciens seront en mesure de réagir.

— L'incident *Verneuil-Péan* est assez triste. Les pinces hémostatiques conserveront le nom de Péan ; mais on conservera aussi le souvenir du ridicule défi qui met fin à la querelle.

— Nous avons à souhaiter la bienvenue à un nouveau journal, le *Journal de Chirurgie et de Thérapeutique infantiles*, d'un médecin des hôpitaux, ancien chef de clinique, le Dr *Variot*. Prix de l'abonnement 10 fr, rue d'Enghien, 50.

— Le nombre des docteurs en médecine reçus en 1891-1892 par les sept facultés françaises a été de 635, en augmentation de 41 sur l'année précédente.

— *Un curieux procès.* — D'après le *Medical Press and Circular*, une jeune dame de Newark, au moment où elle dansait, un de ces derniers soirs, tomba et dans sa chute se cassa la jambe : elle vient d'introduire une action contre son danseur qu'elle rend responsable. Sa requête est basée sur ce que son partenaire a fait preuve d'un maladresse insigne, cause unique du déplorable accident dont elle a été victime.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3827. — M. le Dr Perlis, de Bellegarde (Loiret), membre du Syndicat du Loiret.

N° 3828. — M. le Dr Alliez, de Nice, membre du Syndicat de Nice.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
Place de l'École de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Viennent de paraître !

De la méningite tuberculeuse chez l'enfant, par le Dr E. Schoull, de Troyes. Prix : 3 francs. Net 2 fr. 40.

L'auteur, dont la compétence dans l'étude de la tuberculose s'est affirmée déjà par plusieurs travaux importants sur ce sujet, est convaincu, à l'encontre de la plupart des contemporains, de la guérison possible de la méningite tuberculeuse. Ayant en vue surtout un *but pratique*, il s'est abstenu de détails trop étendus sur l'historique et l'anatomie pathologique de cette affection, mais a développé avec soin les chapitres si importants du diagnostic et du traitement.

Ce petit livre sera lu avec fruit par tous les praticiens.

Traité élémentaire de physiologie, par J.-V. Laborde, membre de l'Académie de médecine.

Nous croyons devoir reproduire l'appréciation suivante, venant de l'étranger, et dont nous donnons la traduction littérale.

Le livre de M. Laborde est consacré à la *physiologie du système nerveux*, qu'il étudie d'une façon très claire et très complète.

La division du sujet en courts chapitres, avec indication sommaire des sujets traités dans chacun, rendent la lecture facile à l'étudiant et au lecteur.

Le texte est illustré de 130 figures toutes bien choisies.

Les chapitres consacrés aux *localisations cérébrales* nous paraissent avoir été faits avec un soin tout particulier auquel nous rendons hommage, sans toutefois partager toutes les idées de l'auteur. Les figures relatives au cerveau de Gambetta et à celui de l'ouvrier américain dont le crâne fut traversé par une tige de fer, facilitent la compréhension des chapitres consacrés aux localisations cérébrales.

(Traduit du *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1893, 16 octobre, n° 42, p. 1024.) R. R.

Net 8 fr. pour MM. les membres du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année N° 46 18 Novembre 1893

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

L'action des badigeonnages cutanés de gaïacol.

M. le Dr *Guinard*, de Lyon, après une longue série d'expériences relatives à l'action du gaïacol en badigeonnages épidermiques, est arrivé aux conclusions suivantes :

La baisse de température constatée après l'emploi des badigeonnages gaïacolés sur n'importe quelle région du corps, n'est pas le résultat d'une absorption du médicament par la peau. En plus des expériences qui le prouvent, la rapidité avec laquelle le médicament agit pourrait suffire à cette démonstration.

L'expérience chez l'homme et chez les animaux, surtout chez ces derniers, en s'aidant de vivisections appropriées, démontre que le gaïacol agit sur les centres de la thermogenèse par excitation des terminaisons nerveuses périphériques et par voie réflexe sur les grandes fonctions.

Si pendant les premières heures de l'application, il n'y a pas lieu de faire jouer un rôle quelconque à l'absorption, celle-ci est peut-être possible au bout d'un certain temps, lorsque, par le fait de l'action locale du médicament, celui-ci a modifié l'état de l'épiderme.

La présence du gaïacol dans l'urine des sujets badigeonnés provient de la pénétration de ses vapeurs par les voies respiratoires, car, en se mettant à l'abri de cette porte d'entrée, on ne retrouve pas le médicament trois heures après un large badigeonnage fait avec 10 grammes de médicament.

La quantité de vapeurs de gaïacol qui pénètre par les voies respiratoires n'est pas suffisante à elle seule pour produire la chute de la température.

Dans les effets locaux et généraux produits par le gaïacol, il y a lieu de tenir compte :

1° De la qualité du produit ;
2° De la susceptibilité individuelle du sujet ;
3° De son état de santé.

Les badigeonnages gaïacolés qui, chez les malades et les fébricitants, provoquent une diminution notable de la température, ont beaucoup moins d'effet chez les sujets apyrétiques.

Cependant, même chez ces derniers, l'action est manifeste, surtout lorsque le gaïacol est irritant, et lorsque les individus ont une susceptibilité particulière, tenant, par exemple, à la peau, comme on le voit chez le lapin.

Les effets du gaïacol sont plus accusés et plus intenses lorsque la région badigeonnée est recouverte d'une enveloppe imperméable qui la met à l'abri de l'air.

L'emploi des badigeonnages gaïacolés représente un procédé thérapeutique original, simple et commode, qui rendra peut-être de grands services lorsque ses indications auront été sanctionnées par des essais cliniques plus nombreux.

Les injections hypodermiques mercurielles dans le traitement de la syphilis.

D'après M. *Paul Chéron*, voici quelle doit être la technique de ces injections hypodermiques mercurielles, si vantées contre la syphilis :

Les injections de préparations insolubles ne doivent être employées que chez les sujets forts, jeunes et sans tare organique appréciable. On n'y aura recours qu'en cas d'accidents graves du côté du cerveau, lors de céphalées rebelles, ou si tout traitement a échoué. Comme préparations, employer de préférence l'huile grise ou le thymolacétate.

Les injections de préparations insolubles ont beaucoup moins d'inconvénients. Elles permet-

tent d'agir vite dans certaines circonstances où le tube digestif et la peau ne pourraient supporter un traitement intensif, et sont, dans beaucoup de cas, dans les services hospitaliers, par exemple, d'un emploi facile. Ces injections sont donc un mode de traitement précieux, dont les indications sont nettes, mais qui ne peut remplacer le traitement classique. Les meilleures préparations semblent être le peptonate de Delpech, la solution huileuse de biiodure de Panas et le sozoiodolate de mercure ; ce dernier permet de ne faire qu'un petit nombre d'injections. Le liquide à injecter doit être absolument pur chimiquement et physiquement, et, de plus, parfaitement aseptique. Comme véhicules, on pourra choisir les huiles d'origine végétale, le mucilage de gomme arabique (Watraszewski), l'huile de vaseline ou à la lanoline.

Lorsque l'on ajoute de la morphine ou de la cocaïne aux solutions dans le but d'atténuer la douleur, il y a presque toujours un précipité.

Les injections mercurielles doivent être pratiquées profondément dans les masses musculaires, et M. le professeur Fournier indique trois points d'élection :

1° La région rétro-trochantérienne ou région de Smirnoff, à trois bons centimètres en arrière du grand trochanter ; cette région n'aurait jamais à supporter de pression, quelle que soit l'attitude ;

2° L'ensellure lombaire de chaque côté de la colonne vertébrale ;

3° Un point indiqué par Gaillot et situé à la réunion du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs d'une ligne horizontale passant à deux travers de doigts au-dessus de la tête du grand trochanter et rejoignant l'extrémité supérieure du sillon interfessier ; l'injection doit toujours être faite au-dessus de cette ligne, qui doit être déterminée dans la station verticale.

Eudlitz ne pense pas que les injections soient moins douloureuses en ce point qu'au niveau du lieu d'élection de Smirnoff. Cependant, c'est une région où il n'y a ni vaisseaux, ni nerfs importants, et Maclaud la considère comme la plus favorable.

On n'oubliera pas que les injections sont très mal tolérées sur les membres. Pour les injections de sels solubles, M. Du Castel choisit l'espace intercapsulaire et fait l'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Il faut se servir, pour faire la petite opération, d'un modèle de seringue entièrement stérilisable et celui de M. le professeur Debove nous paraît répondre à tous les *desiderata*. L'ébullition est la meilleure manière de stériliser l'instrument ; à son défaut, on utilisera une solution de sublimé ou d'acide phénique. Les aiguilles de platine iridié peuvent être flambées sans inconvénient.

Surtout quand on emploie les sels solubles, on doit craindre de pénétrer dans un vaisseau. On peut s'apercevoir de cet accident en asséchant d'abord l'aiguille par l'alcool et en la faisant passer par l'étuve ; le sang sort alors facilement s'il y a piqûre d'un vaisseau. On peut, le plus souvent, voir, si cet accident s'est produit, le sang sortir par la canule lorsque, la piqûre une fois faite, on détache la seringue. Si l'on craint, en agissant ainsi, de pousser de l'air avec le foyer de l'infection, Eudlitz conseille d'aspirer avant d'injecter ; si un vaisseau a été piqué, le sang arrivera, et s'il y a de l'air, on le fera passer à la partie supérieure de la seringue ; il sera facile alors de ne pas l'infecter.

Les précautions antiseptiques locales étant prises, lavages, etc., l'aiguille, dont la longueur minimum devra être de 4 centimètres, sera enfoncée perpendiculairement et sans qu'il soit besoin de faire un pli à la peau dans la région choisie. On dévisse alors la seringue et l'on opère comme nous l'avons indiqué ci-dessus, afin de voir si l'on n'a pas pénétré dans un vaisseau, puis on pousse l'injection lentement. Une fois l'aiguille retirée très doucement, on panse avec une couche de collodion riciné ou un petit disque d'emplâtre de Vigo. Tandis que les uns conseillent le massage local, d'autres considèrent cette pratique comme dangereuse ; pour le professeur Fournier, c'est là un détail sans importance. Lorsque l'on aura à pratiquer plusieurs piqûres de suite, on alternera d'un côté à l'autre et l'on aura soin, lorsque l'on reviendra à une région déjà injectée, d'espacer les piqûres de 3 ou 4 centimètres au moins.

Les aiguilles seront conservées dans l'huile phéniquée ou l'huile de vaseline stérilisée et on se souviendra de l'altération rapide des armatures des seringues, qui se produit au contact des sels mercuriels.

Pour les injections de calomel, on peut opérer de la manière suivante :

Employer une grosse seringue de Pravaz, de la capacité de 5 grammes, avec une aiguille de 4 centimètres ; mélanger 3 grammes de glycérine et 2 grammes d'eau distillée, et stériliser par ébullition au moment de l'usage. Puis, le calomel étant mis dans un petit mortier de cristal stérilisé par le séjour dans la solution de sublimé à 1/1000e, ajouter le mélange de glycérine et d'eau goutte à goutte, ce qui permet une suspension parfaite, et injecter au lieu d'élection dans les muscles fessiers.

La déclaration des maladies contagieuses.

La loi est votée, par conséquent, il n'y a plus à y revenir ; mais la consultation de l'Académie de Médecine est-elle exempte de critiques ? voilà ce dont nous doutons fort. La déclaration des maladies contagieuses à l'administration est imposée aux médecins. Au nom de l'hygiène publique, la loi se déjuge et délie le médecin du secret professionnel vis-à-vis de l'autorité compétente ; c'est entendu. Est-ce bien pratique ? et, surtout, les moyens d'exécuter la loi seront-ils bien pratiques ? Nous voyons bien les pénalités appliquées au médecin, qui violera la loi, mais le malade dénoncé sera-t-il passible d'une pénalité s'il refuse d'obéir aux prescriptions d'isolement et de désinfection. Nous en doutons. D'autre part, sera-t-il toujours bien accepté par les clients, que leur médecin dénonce ainsi leur maladie contagieuse ? et ne choisiront-ils pas de préférence le médecin moins consciencieux, qui promettra d'éviter par son silence complaisant toutes les tracasseries des agents de l'hygiène publique et tous les quolibets du quartier ? Mais, en admettant même la loi, en principe, venons à l'opinion de l'Académie sur la nomenclature des maladies obligatoires à déclarer :

1° Le choléra et les affections cholériformes.

Quel terme élastique et peu précis ? qu'en-

tend-on par affections cholériformes ? Toutes les diarrhées abondantes seront-elles de cette nature ? Faudra-t-il, par hasard, faire un examen microscopique des selles de tous les malades pour y rechercher un microbe contagieux et dangereux ?

Et les gastro-entérites par intoxication alimentaire sont-elles cholériformes et contagieuses ? Elles sont cholériformes et cependant non contagieuses, donc ne doivent pas être déclarées.

2° La fièvre jaune, rien à dire ;
3° La peste, de même ;
4° La variole, idem ;
5° La scarlatine, idem ;
6° La suette miliaire, idem ;
7° La diphthérie (croup et angine couenneuse).

Ah ! pour le coup, nous protestons encore plus énergiquement que pour les affections cholériformes. Messieurs les Académiciens ne tiennent donc aucun compte des découvertes modernes ? Le diagnostic de diphthérie, comment le fait-on aujourd'hui ? Presque nécessairement avec le microscope. Et les angines à pneumocoques, les angines à streptocoques, les angines à simples petits coques, qu'en faites-vous ? sont-elles diagnostiquables de visu et ne sont-elles pas contagieuses ? L'angine herpétique est-elle contagieuse ? Ah ! voilà ce qu'il fallait préciser. Si au moins, vous aviez dit : **Toutes les angines blanches** ; mais non, si tel médecin croit voir de la diphthérie, il fera une déclaration ; si tel autre médecin ne croit pas à la nature diphthérique de l'angine qu'il a à soigner, il ne fera point de déclaration ; la loi l'y autorise. Quel désordre ! quel gâchis ! il est vrai que si l'on avait dit : Toutes les angines blanches, l'angine herpétique serait comprise dans la nomenclature, et ce serait bien à tort.

Et pour le croup, mêmes difficultés. Le croup n'est pas toujours diphthérique ; dans la rougeole, par exemple, bien des laryngites œdémateuses et même membraneuses ne sont pas dues au bacille de Loeffler.

8° La fièvre typhoïde.

Mais, le diagnostic n'en est pas précisément facile ; dans de nombreux cas, l'hésitation se prolonge assez longtemps et encore, on ne peut affirmer son diagnostic sur la simple constatation d'un état typhoïde, il faut avoir la courbe de la température.

La tuberculose aiguë n'est-elle pas bien souvent d'apparence typhoïde ? Or, la loi n'en oblige pas la déclaration.

9° Le typhus exanthématique, rien à dire ;
10° La dysenterie, idem ;
11° L'infection puerpérale (quand le secret n'aura pas été réclamé).

Quelle restriction ridicule et inopportune !

De deux choses l'une, ou bien l'infection puerpérale est contagieuse, ou bien, elle ne l'est pas. Dans la première hypothèse, pour être logique, on ne doit pas tenir compte du secret professionnel. Dans la deuxième hypothèse, il faut la rayer de la liste.

D'ailleurs, il nous semble que cette affection étant notoirement provoquée par la faute de l'accoucheur ou de la sage-femme, déclarer son existence c'est dénoncer ou bien la faute que l'on a commise, ou bien la faute qu'un confrère a commise. C'est déplorable, et cela peut amener bien des jalousies et des haines, d'autant plus que le diagnostic n'en est pas toujours aisément vérifiable.

12° L'ophthalmie purulente (dont la déclaration n'est obligatoire que pour les sages-femmes).

Mêmes réflexions que pour l'infection puerpérale

Et la liste est terminée ! ! !

Que d'oublis ! ! Et les **oreillons** ? et les **bronchopneumonies** ? et surtout la **tuberculose** ? Il nous semble que la nature contagieuse de ce terrible mal est indiscutable et c'est contre la tuberculose que nous devons le mieux nous armer. Si la loi avait une raison d'être, assurément, c'était bien contre la tuberculose, qu'elle paraissait vraiment urgente et efficace, et précisément il n'en est pas question.

Nos critiques courent malheureusement le risque d'être bien platoniques ; mais elles nous semblaient utiles à soumettre à l'appréciation de nos confrères impartiaux.

Les déchirures du périnée.[1]

Les déchirures du périnée remontent presque toujours à un accouchement.

Déchirures récentes. — Nous n'insisterons pas sur les *déchirures récentes* : c'est question d'obstétrique pure.

Nous en dirons seulement ceci :

Il ne dépend pas toujours de l'accoucheur, si habile et si prudent qu'on le suppose, d'épargner à une femme, soit dans un accouchement naturel, soit, à plus forte raison, dans certaines versions ou applications de forceps, une déchirure du périnée ; mais il dépend toujours de lui, s'il n'a pu éviter cet accident, de chercher à le réparer séance tenante ; avec une bonne antisepsie et une suture exacte, il y réussit couramment.

Le très grand nombre de périnées avariés que l'on rencontre chaque jour démontre malheureusement que cette règle si simple est fréquemment méconnue, non seulement par des sages-femmes, mais par beaucoup de médecins ; trop souvent la réparation des déchirures obstétricales est livrée aux caprices de la bonne nature ou n'est recherchée, sans antisepsie sérieuse, qu'à l'aide de vagues serres-fines.

C'est ainsi que le gynécologue se trouve appelé tôt ou tard à réparer la négligence de l'accoucheur.

Déchirures anciennes. — Que la suture immédiate n'ait pas été faite ou qu'elle ait échoué, nous envisagerons ici les déchirures anciennes, celle que nous constatons à une époque plus ou moins éloignée de l'accouchement, alors que la nature a épuisé tous ses efforts réparateurs.

Nous n'avons pas à décrire toutes les variétés de forme, de situation, d'aspect que peut revêtir cette lésion ; parfois exactement médiane, elle est le plus souvent asymétrique et irrégulière.

La seule question capitale, celle qu'on doit immédiatement résoudre, est celle-ci :

Le sphincter de l'anus est-il rompu ? est-il intact ?

a. — *Le sphincter anal est rompu.*

C'est la *déchirure complète* du périnée ; le diagnostic s'impose de lui-même.

Dans les cas les plus graves, non seulement le sphincter anal est déchiré, mais la cloison recto-vaginale est détruite dans une hauteur de plusieurs centimètres. Le rectum et le vagin forment une sorte de cloaque par où les matières solides et liquides, ainsi que les gaz, s'échappent involontairement.

A un degré moins intense, les dégâts se limitent au sphincter anal proprement dit. L'anus ne se distingue plus de la vulve que par la couleur hortensia de la muqueuse rectale qui fait saillie au milieu des plis rosés de la muqueuse vulvaire ; mais, à une petite distance, on retrouve la cloison recto-vaginale, sous forme d'un rebord cicatriciel aminci, plus ou moins tendu.

Parfois l'orifice anal est encore séparé du vagin par une petite bandelette cicatricielle ; mais cette bandelette est dépourvue de fibres musculaires, et, si elle empêche dans une certaine mesure l'issue involontaire des matières solides, elle ne peut lutter contre les matières liquides et contre les gaz.

Il est superflu de noter combien ces accidents d'incontinence rendent pénible l'existence d'une malade ; la situation se trouve encore aggravée, à bref délai, par les divers accidents liés au prolapsus de l'utérus (catarrhe utérin, douleurs lombaires, impossibilité de la marche prolongée et des efforts, etc.)

Point n'est besoin non plus d'insister sur la conduite à tenir en présence d'une lésion aussi grossière. Cette lésion doit être réparée à tout prix ; en pareil cas, tout le monde est d'accord.

b. — *Le sphincter anal est intact.*

La question est un peu moins simple quand il s'agit des *déchirures périnéales* dites *incomplètes*, c'est-à-dire *avec conservation du sphincter anal.*

Beaucoup de médecins supposent que tout est dit pourvu que l'anus soit conservé, pourvu que la femme retienne ses matières et ses gaz. S'agit-il d'examiner une malade atteinte de troubles utérins, tous songeront d'emblée au toucher, à l'hystérométrie, à l'application du spéculum, etc. ; bien peu s'occuperont au préalable de la conformation du périnée.

C'est, à mon sens, une omission grave, qui explique beaucoup d'insuccès thérapeutiques.

L'*insuffisance du périnée* est certainement un facteur de premier ordre dans la pathogénie et dans la persistance de bien des affections utérines ; *un utérus malade est fréquemment un utérus mal soutenu* ; la notion de ce fait essentiel ne saurait être trop propagée.

Je m'explique :

La sangle périnéale est le soutien par excellence de l'utérus et, par contre-coup, de la plupart des viscères pelviens. Ce soutien vient-il à faiblir, il se produit, dans la statique de ces organes, une série de modifications mécaniques dont la clinique nous permet d'observer, étape par étape, la filiation.

Tout d'abord l'utérus, n'étant plus maintenu dans son antéversion normale par un plan résistant, tend à se redresser, à se rapprocher de la verticale, puis à se renverser en arrière.

En même temps, il s'abaisse peu à peu, entraînant avec lui d'abord la paroi antérieure du vagin et la vessie, plus tard la paroi postérieure du vagin et le rectum ; ces organes viennent tour à tour faire saillie à la vulve (*colpocèle antérieure, c. postérieure*).

Cette migration de l'utérus ne va pas sans entraîner des troubles dans la circulation et la nutrition de cet organe, des accidents de congestion passive, de stase sanguine ; l'utérus s'hypertrophie, devient plus lourd ; son mouvement de descente s'en trouve accéléré d'autant. Le prolapsus utérin complet, avec ou sans allongement hypertrophique du col, est l'aboutissant ultime de ce processus.

Ce n'est pas tout. Le périnée n'est pas seulement un soutien mécanique pour l'utérus ; il a encore pour mission de protéger la muqueuse utérine contre les poussières irritantes et les germes pathogènes venus du dehors. Avec une vulve mal fermée, cette protection ne s'exerce plus et l'endomètre reste exposé aux agents extérieurs qui peuvent, soit engendrer de toutes pièces un processus d'endométrite, soit retarder indéfiniment la cicatrisation de lésions endométritiques préexistantes. C'est l'histoire des kérato-conjonctivites qui surviennent chez les malades atteints d'ectropion des paupières.

Ce ne sont pas là des vues théoriques. Si j'y insiste avec autant de conviction, c'est que la pratique en démontre pleinement la réalité.

Telle malade, atteinte de catarrhe cervical, d'ectropion du col, d'hémorrhagies utérines, verra ces accidents persister ou s'aggraver indéfiniment, malgré l'hygiène la plus soigneuse, malgré les traitements les plus actifs ; tout cela, parce que le traitement n'aura visé que l'utérus seul et parce qu'une insuffisance périnéale, peu apparente, aura passé inaperçue. Le jour où, par une opération fort simple, on aura restauré ce périnée insuffisant, tel traitement, impuissant jusque là, réussira comme par miracle ; souvent même les accidents de la métrite guériront spontanément. Ce sont des faits d'observation courante.

Posons donc en principe que, dans l'examen de la vulve, la conformation et la résistance du périnée doivent toujours être l'objet d'une attention spéciale.

Tantôt la vulve est manifestement béante en arrière ; la commissure postérieure, plus ou moins largement détruite, est remplacée par une surface cicatricielle, lisse ou irrégulière, formant une sorte de plan incliné vers l'anus.

D'autres fois, le cas est plus insidieux et l'on peut être trompé par un examen superficiel.

Je veux parler de certains périnées qui n'existent qu'*en façade*, c'est-à-dire qui ne sont plus constitués que par une mince cloison de muqueuse, par une sorte de pellicule, laquelle permet encore à la vulve de faire bonne figure, mais n'est d'aucune valeur comme organe de soutien. C'est au moyen du toucher, par le vagin et par l'anus, qu'il convient d'apprécier l'épaisseur réelle et la résistance effective de ces périnées.

Ce n'est pas tout.

Quand on examine une femme dans la position couchée, le retentissement mécanique de l'insuffisance périnéale sur les viscères pelviens peut passer inaperçu.

Mais qu'on invite la malade à tousser, à faire un effort, à pousser longuement comme pour aller à la selle et l'on verra se constituer succes-

sivement à la vulve la colpocèle antérieure, puis la postérieure, enfin le prolapsus du col.

Qu'on fasse ensuite lever la malade, qu'on l'invite encore à pousser, pendant qu'on pratique le toucher debout ; c'est dans ces conditions qu'on se trouvera édifié sur l'état véritable de la statique intra-pelvienne.

Dr Berlin, de Nice.

(*Guide de diagnostic gynécologique*, 1893.)

GYNÉCOLOGIE PRATIQUE

Les suppurations pelviennes de la femme et leurs traitements.

Cette difficile question devait naturellement faire l'objet de notre étude, immédiatement après celle de la blennorrhagie de l'homme.

Comme nous ne cessons de le répéter, la cause fréquente des infections génitales de la femme, c'est l'homme atteint de blennorrhée aiguë ou chronique.

Or, les suppurations du petit bassin sont des conséquences de ces infections autant que de la puerpéralité.

Nous allons emprunter les principales grandes lignes de cette étude à la remarquable thèse de Lafourcade (1).

Qu'est-ce qu'une suppuration pelvienne ? Peut-on diagnostiquer son siège à peu près exact ? Ce sera l'objet de notre première partie : les traitements seront pour la seconde.

I.

Comme le dit M. Segond, « les phlegmasies péri-utérines comprennent trois variétés distinctes : les salpingo-ovarites, les phlegmons, les péritonites pelviennes. L'individualité de ces trois localisations inflammatoires n'a pas été toujours reconnue — tant s'en faut » et « jusqu'à ces dernières années, les gynécologistes ont alternativement nié l'une ou l'autre de ces affections ou bien soutenu la suprématie de l'une d'elles ».

Pour Nonat, toute phlegmasie péri-utérine était un phlegmon ayant pour siège le tissu cellulaire ; pour Bernutz et Goupil, une péritonite. Dans ces derniers temps, les gynécologistes, repoussant et le phlegmon et la péritonite, n'incriminent que la trompe et l'ovaire. Toute suppuration péri-utérine serait un pyo-salpinx ou un pyo-ovaro-salpinx. En réalité, ces trois grandes conceptions existent.

Le phlegmon de Nonat existe — la pelvi-péritonite existe — les salpingistes existent — chacune d'elles a une place spéciale dans la nosologie. »

La trompe est-elle l'intermédiaire nécessaire entre l'infection endométritique, point de départ de toute suppuration péri-utérine, et le phlegmon du ligament large ou la pelvi-péritonite ? Non. Pour le phlegmon du ligament large, la chose est admise sans contestation ; l'infection se fait alors par la voie lymphatique. Pour la pelvi-péritonite, la question est beaucoup plus discutée.

Pour Richelot, elle est aussi de nature lymphangitique. D'autres auteurs la considèrent comme une inflammation de voisinage par continuité du tissu cellulaire.

Restent la salpingite purulente et l'ovarite suppurée accompagnées naturellement de péri-ovarite et provoquées par une infection intra-utérine.

Un fait très remarquable, c'est la façon dont sont tolérés certains de ces abcès. On voit des malades aller, venir, vaquer à leurs occupations présentant très peu de symptômes fâcheux et cela avec de grosses et anciennes poches purulentes dans le petit bassin. Tout le monde connaît le cas de Lawson Tait, enlevant à une malade qui n'avait jamais souffert, un énorme pyo-salpinx bilatéral, sur le point de se rompre dans le ventre. Mais c'est là l'exception et, en général, une période à grands fracas précède la période de tolérance du pyo-salpinx, jusqu'au jour où survient une poussée de péri-salpingite. Les poussées successives, avec des alternatives d'accalmie, sont un signe différentiel du pyo-salpinx. Mais dans son ensemble la marche du pyo-salpinx est lente et chronique, différant essentiellement de celle de la pelvi-péritonite primitive, qui est rapide. Non seulement les suppurations péri-utérines gênent par la douleur qu'elles occasionnent et par l'aggravation qu'elles apportent au *syndrome utérin*, mais elles sont encore dangereuses, et les formes les plus chroniques peuvent devenir mortelles.

Sous l'influence d'une poussée aiguë, la collection subit une augmentation de volume rapide souvent considérable, qui amène sa rupture. La rupture peut se faire, soit dans le péritoine amenant une péritonite suraiguë, soit dans le rectum, soit dans le vagin. L'ouverture dans le rectum est la plus fréquente.

Les ouvertures dans la vessie, l'intestin grêle, sont exceptionnelles.

Ces ouvertures n'amènent pas la guérison ; l'état général ne tarde pas à s'aggraver, l'amaigrissement, l'hecticité, la cachexie et la mort surviennent.

Une question importante est celle du diagnostic exact de la suppuration pelvienne. Il est certainement impossible de poser nettement ce diagnostic dans tous les cas. Essayons toutefois de fixer quelques points de repère, d'après M. Lafourcade.

En présence d'une femme qui se plaint de douleurs dans le bas-ventre, et chez laquelle on perçoit par la palpation une tuméfaction de la région salpingo-ovarienne d'un côté ou des deux côtés, on aura des présomptions pour l'existence de la suppuration : 1° si le début s'est fait après un acte puerpéral, accouchement, avortement ou fausse couche, 2° s'il y a des poussées à répétition.

La malade souffrant depuis 2 ou 3 ans raconte qu'elle a eu 2, 3 ou 4 fois des poussées très douloureuses qui se sont calmées après 2 ou 3 jours de repos. Ces accès sont dus à des poussées de pelvi-péritonite légère et de péri-salpingite séreuse qui n'ont laissé aucun reliquat à leurs suites, n'amenant ni empâtement péri-utérin, ni enclavement de la matrice.

En fait, nous pouvons dire, comme le Dr Berlin, dans son Guide de Diagnostic gynécologique, « le praticien doit savoir que, sauf dans quelques cas exceptionnellement favorables, il est téméraire de hasarder autre chose que des hypothèses.

« Il peut se dire d'ailleurs, pour se consoler, que, sur ce terrain, les maîtres les plus experts se

(1) Thèse de Paris 1893. Soc. d'Editions scientifiques.

trompent pour le moins aussi souvent que lui.

« Sans doute, il n'est pas défendu de poursuivre, par une exploration méticuleuse, la précision anatomique du diagnostic ; mais c'est à la condition de mettre de côté tout amour-propre, d'être résigné par avance à tous les démentis.

« Tous nous avons fait ou vu faire de ces diagnostics subtils ; tous nous avons pu voir ce qu'il en reste, lorsqu'on a les pièces entre les mains, après ouverture du ventre. La pratique des laparotomies est une bonne école d'humilité chirurgicale.

« Dans ces cas de tuméfaction douloureuse des annexes, sans caractères physiques bien nets, le plus sage sera souvent de s'en tenir à des termes vagues, de dire simplement, *ovaro-salpingite*, ou plus modestement, *annexite*. »

Si l'on perçoit une tumeur volumineuse, limitable, douloureuse, fluctuante, on pensera naturellement à une collection purulente ; mais, pour savoir exactement si cette collection siège dans la trompe ou dans le péritoine pelvien, on ne pourra se baser que sur la marche des accidents ; la dilatation de l'ovaire ou de la trompe exige un temps assez long pour se produire ; si donc une collection purulente volumineuse s'est développée en quelques semaines, on pensera plutôt à un *abcès péritonéal*.

D'autre part, il ne faut pas croire que la fluctuation soit bien facile à percevoir, même avec des foyers purulents très volumineux ; il est de règle, en effet, que ces foyers s'entourent de bonne heure d'une couche de fausses membranes qui en dissimulent la consistance fluctuante, et il faut bien savoir qu'une collection de pus se dissimule parfois sous une surface *uniformément indurée*. C'est ce qui constitue le *plastron abdominal* du phlegmon péri-utérin. Cette sensation offre parfois un tel caractère de dureté qu'elle a pu en imposer à des cliniciens expérimentés pour une tumeur solide, pour un fibrome, par exemple. La douleur, la rapidité du développement sont les principaux signes diagnostiques ; la ponction exploratrice est parfois l'ultime ressource ; mais elle n'est pas inoffensive.

L'induration affecte différentes formes ; tantôt elle affecte assez nettement la forme d'une virgule, dont la pointe répond au bord de l'utérus, dont la partie renflée se porte en dehors et en arrière, auquel cas on admet qu'il y a surtout *ovaro-salpingite* et *péri-salpingite* : tantôt, la tuméfaction part franchement du bord de l'utérus, assez large d'emblée, se dirigeant directement en dehors ; on considère alors qu'il s'agit plutôt d'un *phlegmon de la base du ligament large*.

Ces distinctions sont un peu subtiles ; ce que le doigt rencontre le plus souvent, c'est un exsudat uniformément dur, remplissant la cavité pelvienne à la façon d'une coulée de plâtre ; les organes de cette région ne sont plus isolables ; ils sont immobilisés, soudés entre eux et comprimés au point que, suivant l'expression de Brandt, « *la défécation semble extraordinaire* » ; de fait, cette fonction ne s'accomplit qu'au prix de vives douleurs ; souvent elle est presque impossible ; il en est de même de la miction qui exige fréquemment l'emploi de la sonde.

Il ne faut pas préjuger, d'après un examen isolé, de l'avenir de ces exsudats pelviens inflammatoires.

Même autour d'un foyer ovarique ou salpingien de nature purulente, il peut se faire des poussées cellulo-péritonitiques qui gardent le caractère plastique.

C'est alors que, les symptômes aigus du début s'étant amendés, le phlegmon peut persister, à l'état d'induration, pendant plusieurs semaines, plusieurs mois ; puis la suppuration s'annonce nettement par la fièvre, la persistance des douleurs, l'aggravation de l'état général ; à un moment donné, le doigt parvient à sentir un ou plusieurs points ramollis, œdématiés, fluctuants, soit dans les culs-de-sac vaginaux, soit dans le rectum, soit, plus rarement, vers la paroi abdominale.

Il est exceptionnel de voir un abcès de la trompe s'évacuer dans la cavité utérine par l'*ostium uterinum* ; cette évacuation peut s'observer pourtant ; on la voit même parfois se produire d'une façon intermittente et affecter les allures de véritables *vomiques salpingiennes*.

Les douleurs que ressentent beaucoup de malades atteintes de pyosalpinx sont très caractéristiques. Chez quelques-unes, c'est à un point spécial, dans les régions iliaques, le plus souvent à gauche, qu'elles éprouvent des douleurs cuisantes ou lancinantes, comme si un abcès se formait sous la peau. La douleur s'exaspère lorsqu'elles travaillent, lorsqu'elles marchent ou montent des escaliers et surtout lorsqu'elles lèvent les bras, tandis que le repos et l'application de compresses froides la font diminuer et même disparaître. Leurs reins semblent brisés et elles ressentent une douleur continuelle, brûlante et comme rongeante, de chaque côté de la colonne vertébrale, dans la région de l'articulation sacro-iliaque, plus souvent à gauche qu'à droite. La période est irrégulière, douloureuse, prolongée, et elles se sentent déjà malades quelques jours auparavant. Dans l'intervalle, elles se portent assez bien, si elles peuvent se dispenser de faire des efforts. Beaucoup d'entre elles souffrent pendant le coït : il leur semble que le pénis vient frapper un abcès. La palpation manuelle par le vagin leur cause les mêmes douleurs.

Les malades ne peuvent s'expliquer l'origine de leur mal ; il s'est développé insensiblement ; il y a beaucoup de femmes qui prétendent n'avoir jamais eu de fièvre. En examinant de plus près, on peut, sur dix cas, en trouver au moins huit dans lesquels la blennorrhagie est la cause de cette variété de salpingite chronique, soit qu'on examine le mari, soit qu'on constate chez la femme les signes d'une blennorrhagie ancienne ou récente : le vagin et l'utérus ont un écoulement verdâtre et visqueux, et les glandes de Bartholin présentent des restes d'inflammation ancienne ou récente, des cicatrices, des tuméfactions, etc...

Chez certaines femmes, l'inflammation revient après des efforts trop rudes des muscles abdominaux, par exemple, dans des cas de constipation opiniâtre, après des excès vénériens : d'autres fois il n'existe aucune cause extérieure et il y a eu, sans doute, réveil spontané de la force vitale des microbes pathogènes. Les malades ressentent de violents élancements dans le bas-ventre, sont tourmentés par la fièvre, la constipation, les nausées, les vomissements ; si on les traite à la glace et à l'opium, elles peuvent se remettre peu à peu. Lorsque l'accès est passé, la malade se porte mieux tout en continuant de souffrir de légers tiraillements douloureux dans les reins, les cuisses et

les hanches, d'une faiblesse des jambes et de légers embarras digestifs. Cette amélioration persiste jusqu'à ce qu'un nouvel accès vienne prouver que les germes n'ont pas encore perdu leur activité.

D'autres fois, ces salpingites amènent des désordres intestinaux. La nutrition s'altère de plus en plus. Les vomissements, la constipation sont opiniâtres. Les malades maigrissent ; on voit même souvent des symptômes d'obstruction de l'intestin compliquée d'iléus chronique.

Les symptômes de l'affection intestinale dominent tellement ceux de la pyosalpingite, que les données objectives, la palpation directe des tumeurs tubaires permettent seules de poser un diagnostic exact, et d'exclure la possibilité d'un cancer ou d'une obstruction intestinale primitive.

Telles sont, en somme, les principales considérations, qui doivent guider le diagnostic.

II.

LES TRAITEMENTS.

Les suppurations pelviennes sont justiciables de deux sortes de traitement :

Le traitement médical ;

Le traitement chirurgical.

M. *Chéron*, s'est fait l'apôtre du premier, et nous le suivrons dans cette voie, plus à la portée de tous.

Voici en quoi consiste ce traitement :

1° Un repos relatif (repos de la malade, repos du système génital) surtout au moment des époques menstruelles ; une alimentation réparatrice en rapport avec l'état des voies digestives ; l'emploi des moyens hygiéniques et médicamenteux commandés par l'état général ;

2° L'emploi des antiphlogistiques, des résolutifs et des décongestifs locaux parmi lesquels il faut citer surtout les irrigations vaginales chaudes prolongées, les scarifications et les pansements du col (pansements glycéro-ichthyolés en particulier), les frictions mercurielles, les vésicatoires volants, les badigeonnages de teinture d'iode au-dessus des aines et dans les culs-de-sac du vagin, les applications de pointes de feu sur la paroi abdominale, les pommades résolutives ;

3° L'emploi des transfusions hypodermiques de sérum artificiel.

Les transfusions hypodermiques de sérum artificiel suffisent, à elles seules, à remplir la plupart des indications les plus importantes du traitement médical des inflammations pelviennes.

Ces indications thérapeutiques, les auteurs des traités de gynécologie médicale qu'on ne lit plus aujourd'hui, bien à tort, les classaient de la façon suivante : 1° combattre la douleur ; 2° favoriser la résorption des exsudats pelviens ; 3° améliorer l'état des fonctions digestives de manière à permettre une alimentation réparatrice et à relever le plus rapidement possible les forces de la malade ; 4° combattre l'anémie consécutive, dont la persistance entraine des convalescences plus ou moins longues, alors même que l'affection locale est guérie.

Les doses moyennes de 5 gr. à 10 gr. produisent souvent, dans les cas de pelvi-péritonite aiguë comme dans les cas de pelvi-péritonite chronique, une élévation de 2 ou 3 centimètres de mercure, et cette élévation persiste un jour et quelquefois davantage. C'est pourquoi on fera bien de commencer le traitement par des transfusions de 5 à 10 gr. répétées, suivant l'état des malades, plusieurs fois par jour, dans les cas aigus, tous les jours ou tous les 2 ou 3 jours, dans les cas chroniques.

Mais si une transfusion de 5 gr. à 10 gr. ayant été pratiquée, on ne constate qu'une modification légère de la pression sanguine, on ne doit pas s'attarder à répéter les petites doses, il faut faire aussitôt des transfusions de 20 gr., 40 gr., 60 gr. même, de façon à relever nettement la pression sanguine et à la relever d'une façon durable.

Dans les cas anciens, chez des malades épuisées, très déprimées, ce sont aussi les transfusions de 20 gr. à 40 gr. qui seules ont une action durable ; les petites transfusions donnent bien une surélévation momentanée, mais au bout de 5 à 6 heures, l'hypotension reparaît ; dans ces conditions également, les hautes doses doivent être préférées à la répétition des petites transfusions, même employées 4 à 5 fois par jour.

La règle à suivre est donc la suivante : pratiquer des transfusions assez abondantes pour obtenir une élévation nette de la tension artérielle ; répéter les transfusions assez souvent pour que la tension se rapproche de la normale. Il y a même avantage à créer pendant quelque temps une hypertension légère (19 à 21 centimètres de mercure), lorsque l'exsudat est ancien, organisé et que la résolution est lente à se produire.

L'ablation des organes s'impose dans une seule circonstance : c'est lorsque la malade, soumise à des réinfections continuelles, court de rechute sérieuse en rechute grave, retenue chaque fois au lit pendant plusieurs semaines, parfois même pendant plusieurs mois. Dans les cas de ce genre, heureusement très rares, et qu'on ne rencontre guère que dans le milieu hospitalier, le traitement chirurgical s'impose.

D'ailleurs, voici comment M. *Prengrueber* envisage les indications thérapeutiques des suppurations pelviennes (1) :

Lorsque tous les moyens médicaux en usage contre les inflammations et les suppurations péri-utérines auront été vainement mis en usage et que l'on jugera une opération indispensable, celle-ci variera suivant que l'on se trouvera en présence de l'une des éventualités suivantes :

Si la lésion, d'origine relativement récente, est facile à délimiter, si elle est représentée par une tumeur d'un volume modéré, de forme régulière, si elle est plus ou moins mobile, facilement accessible par le ventre, difficilement accessible par le vagin, la laparotomie suivie de salpingectomie sera l'opération de choix. Peu grave dans ces circonstances, elle assure la guérison définitive mieux que ne le ferait tout autre mode d'intervention.

M. Lafourcade partage cette manière de voir, en choisissant la formule suivante :

« N'opérer que par la laparotomie les poches purulentes même bilatérales, quand elles sont remontées dans la cavité abdominale et qu'elles ne présentent pas de prolongement périuterin. »

Si la lésion, toujours d'origine récente et facile à délimiter, est représentée par une tumeur de forme régulière, mais ayant rapidement acquis un volume considérable ; si cette tumeur, tout en étant accessible par le ventre, est plus accessible

(1) *Clinique in Bull. Méd.*

encore par le vagin, dans lequel elle vient faire une saillie, l'incision large de la poche, suivie de lavage et de drainage, suffit le plus souvent. En tous cas, c'est par là qu'il faudra commencer.

Si la lésion est d'origine ancienne, et qu'elle soit développée à la suite de poussées successives, séparées par des intervalles d'améliorations plus ou moins notables ; si elle est représentée par une tumeur de forme irrégulière, difficile à délimiter, faisant saillie du côté du vagin, mais caractérisée, du côté du ventre, par un empâtement diffus, l'hystérectomie est la moins grave des opérations, qui puissent assurer l'ouverture large et la désinfection facile du foyer. Elle est donc indiquée. Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, qu'il est toujours facile, au cours d'une hystérectomie vaginale faite dans ces conditions, de s'arrêter et de conserver l'utérus, si l'on constate que la collection péri-utérine rentre, par sa simplicité, dans la catégorie des collections qui peuvent être suffisamment drainées et désinfectées par l'incision simple.

M. Lafourcade, partisan convaincu de l'hystérectomie vaginale, est à peu près du même avis que M. Prengrueber ; il en pose ainsi les indications :

Dans les cas de suppurations secondaires, c'est-à-dire coexistant avec un épithélioma du col, un fibrome utérin, un kyste de l'ovaire, l'indication est tirée des lésions accompagnant la suppuration et nous n'insistons pas.

Dans les suppurations dites primitives, quand elles sont diffuses, le seul traitement est l'hystérectomie vaginale, qui ouvre largement les collections, enlève « la bonde » et respecte les adhérences viscérales. Il en est de même dans les pyosalpinx bilatéraux complètement adhérents au petit bassin et aux organes voisins et qui ont déterminé autour d'eux de la pachypéritonite.

La fistulisation de l'abcès, dans un organe voisin comme le rectum par exemple, commande aussi l'hystérectomie vaginale.

Pour les poches bilatérales paraissant enkystées, M. Lafourcade se montre plus hésitant. La discussion entre l'hystérectomie vaginale et la laparotomie s'impose à l'esprit du chirurgien, nous dit-il, et il réserve l'extirpation de l'utérus pour les formes aiguës, pour les complications de rétroflexions adhérentes, ne faisant déjà plus de la bilatéralité des lésions, la condition qui commande l'hystérectomie et rien que l'hystérectomie et préférant même toujours la laparotomie à cette dernière, quand il s'agit de poches situées haut, sans rapport avec les culs-de-sac vaginaux.

En Allemagne, la laparotomie compte encore plus de partisans que l'hystérectomie vaginale dans les cas de suppurations pelviennes et même dans les cas où il existe une fistule communiquant avec le rectum. Nous n'avons pas ici à défendre l'extirpation de l'utérus, pour les cas où cet organe est entouré de foyers anciens à peu près inopérables par la voie abdominale, nous croyons la cause gagnée dans cet ordre d'idées ; nous nous bornons à constater qu'en Allemagne cette voie nouvelle paraît ne pas avoir encore rencontré le succès qu'elle a trouvé en France.

Quant à la statistique de l'hystérectomie vaginale, en joignant, aux statistiques anciennes de MM. Segond, Doyen, Jacobs, Rouffaert, Acconci, dont les chiffres se montent à un total de 253 opérées, les statistiques récentes qu'a pu réunir M. Lafourcade et qui s'élèvent au chiffre de 138 interventions, l'auteur arrive à un total de 391 hystérectomies vaginales avec 34 morts, soit une mort sur 11,5 opérations, ce qui fait 8,66 p. 100 de mortalité et il ajoute : « Comment donc peut-« on prétendre que l'hystérectomie vaginale est « dans le traitement des suppurations plus grave « que la laparotomie qui donne, 15,2 p. 100 de « mortalité ? »

Le manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale est assez compliqué ; le plus simple et en même temps le plus rapide est, croyons-nous, le procédé de M. *Doyen*, de Reims. La description de ce procédé, faite par Doyen lui-même, mérite d'être exposée ici :

La malade est purgée avant l'opération. Nous appliquons pendant 48 heures un pessaire Gariel à air comprimé, afin de dilater le vagin. La vulve est rasée ; la vessie est évacuée à l'aide d'une sonde et la cavité vaginale lavée au savon et au sublimé. La malade est sur le dos, les jambes relevées, l'opérateur et son aide sont assis, les instruments à leur portée. Le col est saisi latéralement par deux pinces à griffes, qui y demeurent fixées jusqu'à la fin de l'opération.

L'abaissement étant aussi complet que possible, nous incisons avec les ciseaux mousses la muqueuse vaginale au pourtour du col. Le cul-de-sac postérieur est rapidement ouvert avec l'index droit, et la face postérieure de l'utérus détachée de ses adhérences, s'il en existe. Il est alors facile d'explorer le petit bassin et de décider si l'utérus doit être sacrifié.

Nous pratiquons alors avec le doigt l'isolement de la vessie, que suivent les uretères, de telle sorte qu'il est impossible de les léser l'un ou l'autre, à moins qu'ils ne soient dégénérés et cancéreux. Les deux pinces du col étant attirées en bas, et un court écarteur maintenu par l'aide au-dessus du pubis, nous sectionnons de bas en haut la paroi antérieure du col ; le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, généralement apparent au-dessous de l'écarteur, est ouvert par le premier ou le second coup de ciseaux. L'ouverture en est agrandie à l'aide de ces derniers, entr'ouverts, et agissant comme un instrument mousse, et la lèvre antérieure de la séreuse chargée sur l'écarteur.

L'utérus est saisi à droite et à gauche, sur les lèvres de la section longitudinale, par deux nouvelles pinces à griffes et attiré en bas ; un nouveau coup de ciseaux prolonge la section, et deux autres pinces saisissent l'organe aussi haut que possible. Les deux pinces immédiatement sous-jacentes sont enlevées, pour être appliquées plus haut. La section est prolongée jusque sur le fond de l'utérus, s'il le faut, pour en obtenir l'extraction.

Le plus souvent, si la vulve n'est pas trop étroite, et si l'utérus ne se montre que doublé de volume, le renversement progressif se fait sans difficulté et sans qu'il soit nécessaire de prolonger très haut sur le corps la section longitudinale.

Lorsque l'utérus est hors de la vulve, nous n'avons fait encore aucune hémostase.

Nous détachons avec les doigts, s'il y a lieu, et nous attirons aussi bas que possible, avec des pinces à anneaux, les annexes altérées ou non, et nous appliquons des pinces à mors élastiques, en commençant, à moins d'indication contraire, par le ligament large du côté gauche. Ce ligament étant saisi à l'aide de la main gauche, au delà des annexes, nous introduisons une première pince

presque verticalement, une des branches en avant, l'autre en arrière, et nous la fermons modérément, de façon à nous assurer, par le contact direct de ses extrémités avec l'index gauche, au niveau du cul-de-sac postérieur, que rien ne lui échappe, et que, par contre, elle ne saisit aucun organe étranger. La pince est alors serrée au maximum; une seconde plus grêle est appliquée au-dessous, pour plus de sécurité, et le ligament large sectionné à quelques millimètres d'elle. L'autre ligament est traité de même. Si la grande pince, ce qui est bien rare, n'a pu d'emblée être appliquée au-dessus des annexes, on place ensuite au delà de l'ovaire et de la trompe, une pince plus petite, et on les résèque.

La grande pince ne sera enlevée qu'au bout de 48 heures; la petite est enlevée le soir ou le lendemain matin.

Les annexes sont enlevées par énucléation, si on ne trouve pas trop d'adhérences. Si les adhérences sont nombreuses, on nettoie les cavités et on draine par le vagin.

Le pansement est fait avec des bandelettes de gaze iodoformée enroulées, tamponnées, et des irrigations phéniquées faibles au 100e sont pratiquées une ou deux fois par jour.

Quelle que soit la gravité de l'opération, la longueur et les difficultés d'un traitement moins radical justifient pleinement son exécution, puisqu'en somme, la mortalité en est relativement minime, en comparaison de celle de la maladie livrée à elle-même.

Nous n'avons pas parlé, dans le traitement des suppurations pelviennes, du *massage gynécologique* de Thure-Brandt; c'est avec intention, car si cette méthode paraît efficace dans les inflammations chroniques des annexes sans suppuration, elle peut être nuisible dans les cas où il y a suppuration.

Dr Paul HUGUENIN.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Circulaire réglementant la médecine aux colonies par les officiers du corps de santé des colonies.

Paris, le 1er juin 1893.

Messieurs, mon attention a été appelée sur les conditions dans lesquelles les officiers du corps de santé des colonies exercent la médecine dans nos différentes possessions d'outre-mer.

Certains médecins civils ont tenté des démarches en vue d'obtenir que la pratique médicale fût pour ainsi dire interdite aux médecins possesseurs d'un grade militaire, et j'ai pensé que le moment était venu de fixer les règles à suivre à ce sujet.

Aux termes de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, loi qui sera exécutoire à partir du 1er décembre prochain, quiconque est titulaire d'un diplôme de docteur en médecine délivré par une des facultés établies par l'Etat, est autorisé à jouir des droits et privilèges attachés à ce titre. Or, le droit d'exercer la médecine constitue le premier de ces droits et privilèges. Il est soumis à une seule obligation préjudicielle : le dépôt du diplôme à la Préfecture ou sous-préfecture (aux colonies : Direction de l'Intérieur ou Résidence) et au greffe du tribunal civil de l'arrondissement.

Tel est le point de droit.

D'un autre côté, il est incontestable que les ministres de la Guerre, de la marine et des colonies, qui ont sous leurs ordres des officiers pourvus du diplôme de docteur en médecine, ont la faculté d'employer ces officiers comme bon leur semble et de limiter, par exemple, pour eux, l'exercice de la pratique médicale aux soins à donner au personnel ressortissant à leur département. Toutefois, ils ne sauraient se laisser guider à cet égard que par le désir de satisfaire, le mieux possible, les intérêts qui leur sont confiés. Or, si les ministres de la guerre et de la marine n'ont à se préoccuper que des hommes composant les armées de terre et de mer et peuvent, par suite, exiger que les médecins qui relèvent d'eux consacrent exclusivement leur temps à ces derniers, il n'en est pas de même en ce qui concerne le ministre chargé des colonies. Celui-ci a entre les mains les intérêts non seulement des militaires, fonctionnaires et agents en service outre-mer, mais encore des populations de nos différentes colonies. Il joint aux attributions des ministres de la Marine et de la Guerre celles dévolues dans la métropole au ministre de l'Intérieur, en ce qui a trait à la santé publique. Tandis qu'en France, on se trouve en présence d'un corps médical suffisamment nombreux pour assurer les besoins des habitants, il n'existe aux colonies qu'un nombre très restreint de médecins civils. En outre, la plupart d'entre eux perçoivent, sur les fonds des budgets locaux ou municipaux, des allocations égales, sinon supérieures à la solde de grade des officiers du corps de santé. Enfin, dans bon nombre de nos possessions, la situation est telle, que si les médecins des colonies cherchaient à se retrancher derrière leur qualité d'officier pour se refuser à exercer la pratique médicale, les gouverneurs devraient leur donner l'ordre formel de soigner les colons malades.

Dans ces conditions, il est impossible de décider que les officiers du corps de santé des colonies auront le droit d'exercer la médecine sur tel ou tel point du globe et ne l'auront pas sur tel ou tel autre, ou bien que ce droit sera subordonné à la présence de tel ou tel nombre de médecins civils.

J'estime donc que les médecins appartenant au Corps de santé des Colonies, en service dans nos différentes possessions d'outre-mer, ont la faculté d'y exercer la médecine ; mais qu'ils doivent être soumis à toutes les obligations imposées aux médecins civils établis dans la même colonie, telles que patente, etc...

Il demeure entendu que le service de l'Etat passe en première ligne et que les officiers du corps de santé des colonies doivent, si cela est nécessaire, y consacrer exclusivement tout leur temps. En outre, ils ne sauraient perdre de vue un seul instant qu'ils ont pour stricte obligation de se garder sévèrement de tout ce qui serait contraire à ce qui constitue l'honneur de l'état d'officier. En aucun cas, ils ne peuvent s'entremettre dans des affaires commerciales. Dans la pratique médicale, près des familles qui réclament leurs soins, ils doivent exercer leur art avec zèle et dévoûment, se montrer modérés dans la réception des honoraires et ne jamais les solliciter, ni les exiger judiciairement.

En se conformant aux règles fixées par la présente circulaire, que je vous prie de porter à la connaissance des officiers placés sous vos ordres et d'insérer dans le Bulletin officiel de la colonie, j'ai tout lieu de penser que les médecins des colonies continueront à rendre à l'Etat et aux populations coloniales, les utiles et honorables services, qui sont une des traditions du corps auquel ils appartiennent.

Recevez, etc..

Signé : DELCASSÉ.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles.

29 *juin* 1893.

Présents : MM. Darin, *président*, Jeanne, Boyer, Lécuyer, Pannetier, Héliot, Groussin, Midrin, Le Menant des Chesnays, Giberton-Dubreuil, Gille-Bréchemin, de Grissac et Ribard, *secrétaire*.

Excusés : de Fourmestraux, Bouillet.

Le docteur de Grissac, d'Argenteuil, est admis à l'unanimité comme membre du Syndicat.

La réunion ayant pour objet unique la discussion du rapport du docteur Jeanne sur l'inspection médicale scolaire, le Syndicat aborde immédiatement ce sujet (1).

Les quatre premiers chapitres de l'excellent travail de notre confrère donnent lieu à un échange d'idées générales très utile pour la discussion qui va s'engager sur le chapitre V.

Ce chapitre attire toute l'attention du Syndicat, car il est peut-être appelé à servir de base à l'organisation de l'inspection médicale scolaire, non seulement dans le département de Seine-et-Oise, mais dans tous les départements. Aussi chacun des articles qui le composent est-il soigneusement passé en revue.

Art. 1. — A propos de cet article, le docteur Gille demande qui paiera ? Le docteur Jeanne répond : le département : car, s'il en était autrement, on ne pourrait rendre l'inspection obligatoire pour les écoles privées.

Le docteur Gille voudrait qu'il fût établi une taxe d'inspection. Il voudrait aussi que les crêches fussent rattachées à l'inspection des écoles.

Plusieurs membres font observer que la situation des crêches diffère essentiellement de celle des écoles.

La question est réservée et l'article 1 adopté sans modifications.

Art. 2. — Le docteur Lécuyer désirerait que les docteurs étrangers non naturalisés fussent exclus du service d'inspection. Le Syndicat partage cette manière de voir et l'art. 2 ainsi rédigé : « tous les médecins français ou naturalisés français » est adopté.

L'article 3 est adopté sans observations.

L'article 4 est adopté aveé suppression des mots « par décades. »

Art. 5. — Plusieurs confrères s'opposent à ce que l'instituteur réclame l'intervention du *médecin de la famille* ; il n'a qu'à renvoyer l'enfant chez ses parents, sans s'inquiéter du médecin qu'ils feront demander. La seule chose qu'un instituteur doive exiger c'est un certificat de guérison. Le docteur Lecuyer désirerait que la seule personne autorisée à renvoyer l'enfant de l'école fut le médecin-inspecteur.

Après diverses autres propositions, l'article 5 modifié ainsi qu'il suit est adopté : « En dehors des visites, les directeurs ou directrices d'écoles devront renvoyer dans leurs familles les enfants suspects de maladies contagieuses et ne les réadmettre que sur certificat médical. »

(1) Voir le projet : *Concours médical* 1893, n° 29, page 345.

Art. 6. — Au lieu de : « les médecins constateront *dans un rapport*, etc. », le Syndicat, en grande majorité, aime mieux : « constateront *sur un registre ad hoc*, etc. » L'accord est également unanime pour supprimer les paragraphes 2 et 3 de cet article.

L'*article* 7 est adopté sans y rien changer.

Art. 8. — Le Syndicat est d'avis de supprimer de cet article les mots *provisoire* et *momentanément*. Il croit aussi que, les certificats médicaux sur papier libre occasionnant quelquefois des désagréments, il est bon de mentionner que le certificat sera donné sur *papier libre*.

L'article 9 est adopté sans commentaires.

A l'*article* 10 quelques membres réclament la suppression des mots « ils s'assureront », les inspecteurs ayant assez à faire sans cela. Adopté.

Art. 11. — Cet article, étant le corollaire de l'article 4, est supprimé.

Voici dès lors le texte définitivement voté par le Syndicat des dix articles du chapitre V.

Article premier. — En exécution du paragraphe 7 de la loi du 30 octobre 1886 et des prescriptions du décret du 18 janvier 1887 relatives à l'application de cette loi, il est créé, dans le département de Seine-et-Oise, sur les bases ci-dessous indiquées, un service d'inspection médicale des établissements publics ou *privés* d'enseignement primaire et des écoles maternelles.

Art. 2. — Autant que possible, tous les médecins *français ou naturalisés français* qui résident dans la commune et tous ceux qui visitent *habituellement* celle-ci, au cours de leurs tournées de clientèle, seront appelés, s'ils le désirent, à participer à ce service, comme ils participent à celui de la médecine gratuite des indigents.

Art. 3. — Les médecins-inspecteurs, présentés sur une liste par les maires, dans les conditions indiquées par l'art. 2 seront nommés par le Préfet et rétribués par le département.

Art. 4. — Chaque école sera visitée au moins une fois en 10 jours. Dans les communes où le service sera partagé entre plusieurs médecins, il sera fait par roulement suivant un ordre adopté.

Art. 5. — En dehors des visites, les directeurs ou directrices d'écoles devront renvoyer dans leur famille les enfants suspects de maladie contagieuse et ne les réadmettre que sur certificat médical.

Art. 6. — Après chaque visite, les médecins-inspecteurs constateront sur un registre les faits qu'ils auront observés ou qui leur auront été signalés, mais seulement en ce qui touche la moralité et l'hygiène, la salubrité des bâtiments scolaires ou la santé des enfants

Art. 7. — Les médecins-inspecteurs examineront les enfants afin de s'assurer d'abord si tous sont vaccinés, ensuite s'ils n'ont pas quelque infirmité (surdité, myopie, etc.) exigeant des précautions spéciales à l'école, enfin s'ils ne sont pas atteints de quelque maladie contagieuse ou transmissible qui pourrait mettre en péril la santé des autres élèves ou de la population.

Art. 8. — Ils prescriront le renvoi de l'école ou de l'asile des enfants reconnus atteints d'affections contagieuses.

Les enfants ainsi exclus dans un but d'intérêt général, ne seront réadmis à fréquenter l'école que sur la présentation d'un certificat de guérison et d'innocuité, certificat établi sur papier libre et émanant d'un médecin-inspecteur.

Art. 9. — Les médecins chargés en commun de l'inspection médicale d'une école feront ensemble la première visite et le premier rapport, afin de se mettre d'accord sur les modifications à réclamer dans les locaux scolaires et leurs accessoires, vestiaires, cabinets et fosses d'aisance, mobilier, etc., sur les précep-

tes à formuler en matière d'aération, de chauffage, d'éclairage, de balayage, etc.; sur la durée des isolements à fixer pour chaque genre de maladie et sur les mesures de désinfection qu'il impose; et généralement sur toutes questions au sujet desquelles des divergences de vue pourraient amener des conflits, des retards ou des malentendus funestes.

Art. 10. — En cas de contamination grave d'une école, les médecins-inspecteurs réclameront la fermeture de celle-ci; elle sera soumise à une désinfection complète suivant les procédés indiqués, et ne pourra être réouverte qu'après les délais qu'ils auront fixés.

Les vêtements des enfants atteints seront au préalable détruits ou soigneusement désinfectés.

Le chapitre VI résumant toute la discussion des articles composant le chapitre V est maintenu intégralement.

Le chapitre VII « Conséquences budgétaires du projet », donne lieu à de sérieuses observations. Notre confrère Lécuyer propose de fixer le prix de visite par tête d'enfants. Le docteur Jeanne répond que les petites communes sont généralement éloignées de la résidence des médecins, que peu d'enfants fréquentent ces écoles et que, par suite, les visites les plus lointaines et les plus ennuyeuses seraient les moins rémunérées.

Plusieurs membres expriment le désir que le prix des visites n'ait pas pour base le chiffre des habitants. Enfin le docteur Le Menant propose de fixer un prix annuel basé sur chacun des chiffres du rapport multiplié par 30 visites.

Le Syndicat partage cet avis. Dès lors l'indemnité à répartir entre les médecins-inspecteurs serait:

Dans les communes au-dessous de	100 h.	60 fr.
— —	200 —	75 —
— —	300 —	90 —
— —	400 —	105 —
— —	500 —	120 —
— —	600 —	135 —
— —	700 —	150 —
— —	800 —	165 —
— —	900 —	180 —
— —	1000 —	195 —
Dans les communes de	1000 à 1500 hab.	360 fr.
—	1500 à 2000 —	390 —
—	2000 à 3000 —	450 —
—	3000 à 4000 —	480 —
—	4000 à 5000 —	540 —

Le surplus du chapitre VII est adopté en supprimant : « mais en stipulant que le prix de la visite ne saurait être moindre de 25 francs dans ces villes. »

Le docteur Jeanne est vivement félicité par tous les membres du Syndicat pour son travail si consciencieusement étudié et si brillamment exposé et défendu.

La séance est levée à 6 heures 1/2 et rendez-vous pris pour la réunion *obligatoire* du 26 octobre.

Le Secrétaire,
Dr F. Ribard.

Syndicat des médecins des Côtes-du-Nord.

8 *octobre* 1893.

Présents : MM. Bedel, *président*, Aubry, *secrétaire*, Allo, Le Voyer, Guibert, Lhostie de Kerhor, Haquin, Flaud, Fr. Bellamy, Ch. Bellamy, Donne, Codet, Bourgault, Pallier, Texier, Huet, Roussel, Perrichon.

Excusés : MM. Gouézou, Symon de Villeneuve, Derrien, Frogé, Le Feuvrier, Barbé-Guillard et Rabasté.

MM. Donne, *de Broons*, et Derrien, *de Corlay*, sont admis à l'unanimité.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté. Le secrétaire adresse alors des excuses à M. Perrichon, de Plénée-Jugon, un des adhérents de la première heure, qui a assisté à toutes nos réunions. Son nom, par suite d'une erreur inexplicable, ne figure pas sur la liste des médecins syndiqués, annexée à nos statuts.

Le Dr Le Dantec, de Lannion, nous fait savoir que c'est par suite d'un malentendu que nous avons fait figurer son nom sur la liste des adhérents. Cette décision de notre honorable confrère est d'autant plus regrettable, que l'arrondissement de Lannion n'était représenté que par deux médecins syndiqués.

Le président adresse un dernier adieu aux docteurs Prouff, de Saint-Rieux, et Hesnard, de Corly, morts dans l'année.

Il fait ensuite l'historique d'un fait de médecine illégale : des poursuites ont été intentées et ont abouti à une amende de 60 francs pour quatre contraventions. Le piquant de l'affaire, c'est que la délinquante, absente de l'audience pour cause de maladie selon son défenseur, continuait tranquillement ces pratiques d'exercice illégal à ce moment même.

Le Syndicat des Médecins des Côtes-du-Nord prend les résolutions suivantes :

1° « La loi sur l'assistance dans les campagnes vient d'être votée. Le bureau du Syndicat est chargé d'élaborer un projet local que l'on proposera au Préfet et au Conseil général. Une réunion aura lieu en avril pour discuter les conclusions adoptées par la Chambre syndicale. »

2° Le vœu suivant sera transmis à qui de droit : « Le Syndicat s'associe aux démarches faites par l'Union générale des Syndicats, à l'effet d'obtenir dans la loi des pharmacies, les modifications de l'article 11 et de l'article 12. »

3° « Dans la poursuite des faits d'exercice illégal, le Syndicat se constituera partie civile, s'il y a lieu. »

Le Secrétaire,
Dr Paul Aubry.

Syndicat de l'arrondissement de Mayenne.

Dans sa séance constitutive du 20 juillet 1893, le Syndicat de l'arrondissement de Mayenne a voté son adhésion à l'Union des Syndicats médicaux.

Bureau.

Président : Dr Sauvé, à Mayenne.
Vice-Président : Dr Morisset, à Mayenne.
Secrétaire : Dr Lebrun, à Mayenne.
Trésorier : Dr Chabrun, à Mayenne.
Président d'honneur : Dr Lenormand, à Javron.

Membres.

MM. Sauvé, Morisset, Lebrun, Chabrun, *à Mayenne* ; Lenormand, Goupil, *à Javron* ; Chevallier, Quentin, *à Ernée* ; Lelossé, Daniel, *à Gorron* ; Gumbeyet, Mouillas, *à Villaines-le-Juhel* ; Bricard, *à Montaudin* ; Renault, *à Am-*

brières ; Mezange, *à Lassay* ; Mohamed, *à Saint-Denis-de-Gastines* ; Lebon, *à Prez-en-Pail* ; Destaix, *à Fougerolles* ; Bosc, *à Bois*.

Syndicat de l'arrondissement de Saint-Lô.

Dans sa réunion du 5 octobre 1893, le syndicat médical de l'arrondissement de Saint-Lô (Manche) a voté son adhésion à l'Union des Syndicats médicaux.

BUREAU.

Président : Dr Lefranc, de Pont-Hébert.
Vice-Président : Dr Leturc, de Saint-Lô.
Secrétaire-trésorier : Dr Ygouf, de Saint-Lô.

MEMBRES.

MM. Alibert, Bernard, Lecler, Leturc, Thomas, Ygouf, *à Saint-Lô* ; Artu, Demeuve, *à Carentan* ; Rondel, *à Saint-Fromond* ; Combes, *à Cerisy-la-Forêt* ; Lefranc, *à Pont-Hébert* ; Pommier, Pinel, *à Forigny-sur-Vire* ; Vanbaeke, *à Fessy-sur-Vire* ; Lehallais, *à Percy*.

MEMBRE HONORAIRE.

Dr Lhomand, *à Saint-Lô*.

REPORTAGE MÉDICAL

Réglementation des expertises médico-légales. — Le Conseil d'Etat vient d'adopter, en exécution de la loi Chevandier, un projet de règlement ayant pour but de reviser : 1° le tarif des honoraires médico-légaux ; 2° les conditions dans lesquelles le titre d'expert sera conféré par les tribunaux.

La tarification des frais et honoraires serait la suivante : Visite avec premier pansement, 8 francs ; opération, 10 francs ; autopsie, 25 francs ; et, après inhumation, 35 francs ; rapport écrit ou déposition devant les magistrats, 3 francs ; indemnité de transport au delà de 2 kilomètres, 0 fr. 20 à 0 fr. 40 centimes par kilomètre parcouru, suivant que le transport a lieu par voie ferrée ou par route de terre ; indemnité de séjour, 10 francs par jour.

Au début de chaque année judiciaire, les cours d'appel désigneront, sur la proposition des tribunaux de première instance, les docteurs en médecine appelés à prendre le titre d'expert.

Ceux-ci devront être français, exercer depuis cinq années, et résider dans le ressort.

En cas d'empêchement, et en dehors des exceptions prévues par le code d'instruction criminelle, on ne pourra confier les expertises à d'autres qu'à un docteur pourvu du titre d'expert.

Toutefois, suivant les besoins de l'instruction, les magistrats auront le droit de s'adresser à des experts autres que ceux du tribunal auquel ils appartiennent.

— *Chaussures militaires.* — D'après un règlement récent, tous les hommes appelés sous les drapeaux par une mobilisation, et se présentant avec leurs chaussures usuelles, recevront, si ces chaussures sont en bon état et du modèle réglementaire, la somme de 11 fr. 25 qui leur sera versée en paiement par le trésorier du régiment.

— Le match Péan-Verneuil n'aura pas lieu. M. Verneuil a décliné cette lutte, en faisant remarquer avec assez de raison que la question posée n'est pas de la médecine opératoire, mais bien un point d'histoire qui peut être jugé par un jury d'académiciens.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3829. — M. le Dr ARCHAMBAUD, de Paris, membre du Syndicat de la Seine.

N° 3830. — M. le Dr PERRIQUET, de Pacy-sur-Eure (Eure), présenté par M. le Dr Quantin, de Gournay-en-Bray (Seine-Inférieure).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le Dr LABITTE, de Clermont (Oise), membre du Concours médical.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ECOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Guide de diagnostic gynécologique à l'usage des praticiens, par le Dr BERLIN, (de Nice), avec une préface par le Dr AUVARD, 422 pages avec 69 figures dans le texte. Prix : 6 francs.

Voici un livre réellement pratique fait par un praticien pour être utile à ses confrères. Comme on va le voir par l'exposé du plan de l'ouvrage, le titre répond parfaitement au but visé par l'auteur et il serait difficile au praticien de trouver, pour l'étude des maladies des femmes, guide plus méthodique et plus clair.

Trois grands chapitres montrent les trois stades que doit parcourir le médecin dans l'examen de la femme : Interrogation de la malade. Exploration directe des organes génitaux. Etude des troubles extra-génitaux, de l'état général, des diathèses.

Nous ne saurions mieux indiquer l'essence du livre et l'esprit de rigoureuse méthode qui l'a inspiré, qu'en citant simplement les subdivisions de ces trois grandes parties qui charpentent l'ouvrage.

L'interrogatoire de la malade comprend : Chapitre Ier : Les commémoratifs. — Chapitre II : Les symptômes douloureux. — Chapitre III : Les troubles fonctionnels. — Chapitre IV : Les déformations extérieures spontanément révélées.

L'exploration directe des organes génitaux offre ; Chapitre Ier : Conditions cliniques de cette exploration. — Chapitre II : Examen extérieur du ventre. — Chapitre III : Examen de la vulve. — Chapitre IV : Examen du vagin et des organes génitaux internes (toucher appliqué au vagin, toucher appliqué à l'utérus, toucher appliqué aux culs-de-sac, toucher rectal, toucher vésical). — Chapitre V : Examen du vagin et des organes génitaux internes (*suite*) avec un chapitre très important et original sur l'hystérométrie, sa technique, son utilité diagnostique. — Chapitre VI : Examen du vagin et des organes génitaux internes (*suite et fin*) contenant tout ce qui a trait au spéculum. — Chapitre VII : Procédés d'exception (examen micrographique et microbiologique, l'anesthésie exploratrice, la laparotomie exploratrice).

L'étude des troubles extra-génitaux termine l'ouvrage. Méthodique, schématique, précis, tel est ce livre écrit avec une clarté bien française et avec une sûreté de main qui révèle le praticien ayant vu et touché, ayant vécu pour ainsi dire les choses qu'il décrit.

Ces qualités nous paraissent suffisantes pour assurer le succès du livre et la réputation de l'auteur.

Franco. Net 4 fr. 50 pour MM. les membres du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année N° 47 25 Novembre 1893

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

ÉCHOS DES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

du 19 novembre.

Dimanche dernier se sont tenues, au Grand Hôtel, les Assemblées Générales de l'Union des Syndicats et de la Société civile du Concours médical: la première, le matin, à 9 heures, la seconde à 3 h. de l'après-midi. Le banquet habituel a été servi à sept heures et demie.

De la première de ces réunions, nous ne dirons que peu de choses, bien qu'il y ait été pris des décisions fort importantes.

Un vent nouveau soufflait sur l'Union; l'abord de la salle faisait prévoir une séance orageuse; des décisions avaient été prises par quelques-uns et il fallait s'efforcer de les faire accepter; le Directeur du Concours, visé dans sa personne, a simplifié la tâche, en allant au devant des désirs de ses adversaires.

Couvert de fleurs, nommé Président d'honneur en son absence, M. Cézilly a déclaré, dès son arrivée, qu'il avait été suffisamment honoré, l'an dernier, lorsqu'il avait été, en raison des services rendus, nommé Vice-Président statutaire de l'Union, mais qu'en présence de certaines difficultés, il fallait des situations nettes: certes, il revendiquait hautement la création et la propagation des Syndicats médicaux, leur groupement en Union fédérative qu'il avait aidé de tout son pouvoir, qu'il avait soutenu de son influence, de son travail et autrement encore. Condamnés par la jurisprudence, les Syndicats auraient sans doute disparu sans le Concours médical, l'Union, en proie aux plus grandes difficultés, n'aurait pas vécu davantage, si le Concours ne l'avait prise en quelque sorte en tutelle; mais la situation a changé: les Syndicats sont reconnus légalement, l'Union est devenue majeure et M. Cézilly ne prétend pas être de ces pères qui veulent prolonger outre mesure la tutelle de leurs enfants. Si son appui porte ombrage, il se retire, et dès aujourd'hui l'Union volera de ses propres ailes.

La scission est donc un fait accompli : l'Union des Syndicats et le Concours médical n'ont plus rien de commun, et les articles des statuts, qui rappelaient le temps passé sont supprimés.

Dans ces conditions, nos lecteurs le comprendront, nous n'avons à nous occuper, en aucune façon, de ce qui a pu se passer à l'Assemblée générale de l'Union.

L'Assemblée générale de la Société civile du Concours médical a fondé une œuvre nouvelle qui, nous l'espérons, rendra au corps médical de signalés services, l'œuvre *indemnité-maladie*.

Les statuts de la Société future ont été discutés et votés, un bureau provisoire a été nommé et les premières adhésions recueillies.

Le compte rendu de l'Assemblée, qui paraîtra dans le prochain numéro, reproduira la discussion : ce que nous pouvons dire dès maintenant, c'est que l'œuvre a été accueillie avec la faveur la plus marquée.

C'est une œuvre nouvelle, qui vient s'ajouter à toutes celles qu'a précédemment fondées le Concours médical, et nous espérons qu'elle aura le succès de ses aînées.

Le soir, le banquet a été des plus brillants : on comptait 121 convives.

Il était présidé par M. le Ministre de l'Agriculture, notre sympathique confrère, le Dr Viger, qui avait bien voulu se souvenir qu'il était membre de notre Société et qui, dans un chaleureux discours, a montré le médecin à la tête de toutes les initiatives et de tous les progrès.

Les conversations professionnelles ont pris le reste de la soirée, animées comme autrefois, et tous se sont quittés en se donnant rendez-vous à l'an prochain.

Un grand nombre de nos confrères sont venus exprimer à M. le Dr Cézilly, les regrets que leur causaient les événements du matin, et lui demander de ne pas retirer aux Syndicats son appui, qui leur a été si profitable.

Nous n'avons pas besoin de dire que le Directeur du Concours reste à leur entière disposition. Le Concours médical, et en particulier son Bulletin des Syndicats, sont ouverts, comme par le passé, à toutes les communications, qu'on voudra bien adresser.

Le Conseil de Direction.

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE

M. le Président, Dujardin-Beaumetz, est retenu dans le Midi par suite de l'état de sa santé.

M. le Vice-Président, Lande, M. Verdalle, trésorier, et M. de Ranse, Président du Conseil des Censeurs, n'ayant pu se rendre à Paris, pour des motifs personnels urgents, la séance du Comité Directeur, *qui devait avoir lieu, le 20 de ce mois, a été renvoyée au mois de décembre, à une date qui sera fixée ultérieurement.*

LA SEMAINE MÉDICALE

Les kystes du foie.

Le Dr Crocq fils, de Bruxelles, dont le nom est déjà illustre par son père, a fait une intéressante étude des kystes du foie, dans le *Progrès médical*. En voici les points les plus importants :

Les kystes hydatiques simples du foie sont toujours dus à la pénétration dans cet organe d'embryons du tænia échinocoque.

Les embryons pénètrent dans le foie, soit en perforant les tissus, soit par les vaisseaux, soit par les lymphatiques, soit enfin par les voies biliaires.

Le liquide kystique est généralement albumineux ; il est aseptique, mais constitue un milieu de culture excellent pour les différents microbes.

La symptomatologie de ces productions est souvent fort peu marquée ; parmi les signes fonctionnels, l'apparition répétée d'éruptions ortiées sans cause appréciable, est le signe le plus caractéristique.

Le frémissement hydatique s'observe rarement, il n'indique nullement la présence de vésicules filles dans l'intérieur du kyste.

La terminaison spontanée la plus fréquente est la rupture du kyste, soit dans la cavité tho-

FEUILLETON

Projet d'organisation des secours à domicile, à Paris.

Dans sa dernière session, un projet d'organisation des secours à domicile, à Paris, a été soumis au Conseil supérieur de l'assistance publique par M. le Directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques. Le rapporteur, chargé par la commission de présenter et de défendre ce projet devant le Conseil, était M. Fleury-Ravarin, docteur en droit, auditeur au Conseil d'Etat, qui a fait un travail sérieux, consciencieux, animé d'excellentes intentions.

Il y a, dans ce rapport, des projets de réformes auxquelles nous ne pouvons qu'applaudir, et des idées neuves, qui plaisent au premier abord par leur hardiesse, non moins que par une apparence de logique poussée à l'extrême.

Citons, sans y insister, car cela ne nous intéresse qu'indirectement : la création de bons numérotés, détachés d'un livret à souche pour les nécessiteux, et la carte nominative, de valeur fixe, pour les indigents ; la distribution des secours faites par trois personnes se contrôlant mutuellement, au lieu d'une seule trop libre de commettre des fraudes ; la création d'une *Commission centrale d'assistance*, chargée d'examiner les recours formés par les indigents éconduits. Citons surtout ce projet quasi-révolutionnaire d'une caisse centrale, au lieu de la caisse spéciale à chaque arrondissement, ce qui permettra de faire cesser l'inégalité vraiment scandaleuse existant entre les arrondissements pauvres et les riches : ainsi le seizième arrondissement peut distribuer 205 fr. de secours annuels à chacun de ses indigents, tandis que le vingtième n'a à sa disposition que 25 francs par tête. Mais arrivons à la partie du projet, qui concerne les médecins, la seule qui nous intéresse directement.

Quand nous avons eu sous les yeux le rapport de M. Fleury-Ravarin, nous avons commencé par noter avec plaisir que sur 78 membres dont se compose le Conseil supérieur de l'assistance publique, il y en avait 35, qui étaient docteurs en médecine ; et aussitôt nous nous sommes dit, pleins de satisfaction : « Les intérêts et l'honneur des médecins, si souvent attaqués par les bureaucrates et les administrateurs, sont bien gardés ; nous pouvons être tranquilles sur le résultat : les intérêts matériels ne seront pas défendus à outrance, mais suffisamment sauvegardés, comme il convient à des médecins des pauvres, qui veulent bien faire en partie l'aumône de leur savoir et de

racique, soit dans la cavité abdominale, soit à l'extérieur par la paroi abdominale.

Lorsque l'hydatide se vide dans le péritoine, si le liquide est limpide, la péritonite ne se déclarera pas, mais il surviendra de l'urticaire ; si le liquide est purulent, une péritonite suraiguë se déclarera.

Le diagnostic de ces tumeurs est souvent très difficile, on devra successivement éliminer les différentes maladies qui pourraient donner lieu à des phénomènes semblables.

La ponction exploratrice ne permet pas toujours de poser sûrement le diagnostic ; les dangers auxquels elle expose ne sont en général pas très grands ; la transformation purulente du liquide hydatique est impossible dans le cas où l'antisepsie a été bien observée ; l'épanchement d'un liquide séreux dans le péritoine n'amène qu'une éruption ortiée peu grave ; enfin, si la ponction dénotait un liquide purulent, la laparotomie immédiate mettrait à l'abri de la péritonite.

La présence de bile dans l'urine n'est nullement pathognomonique des kystes hydatiques ; elle indique seulement que la maladie siège au foie.

Grâce à l'intervention chirurgicale rapide, et sous le couvert de l'antisepsie, il est permis d'espérer que le pronostic des kystes hydatiques simples du foie, autrefois si sombre, deviendra bientôt bénin.

Le traitement médical par l'iodure de potassium peut être essayé au début de l'affection.

Tous les procédés anciens doivent être rejetés comme moyen de traitement des kystes hydatiques simples du foie.

La ponction suivie d'injections parasiticides ne vaut guère mieux.

Le seul procédé qui permette d'évacuer complètement la poche hydatique, et de la priver, par conséquent, de toute vitalité, est l'incision large de la tumeur, méthode qui s'appliquera à tous les cas indistinctement, qu'il y ait ou non suppuration.

Il n'est nullement prouvé que les kystes hydatiques alvéolaires sont dus au tænia échinocoque ; nous croyons, au contraire, que ces productions doivent être rapportées à un tænia spécial très voisin de l'échinocoque, mais non identique à ce dernier.

Les symptômes qu'amènent les kystes hydatiques alvéolaires sont : des troubles gastriques, une ictère progressif, l'ascite, l'hypertrophie de la rate : tous phénomènes qui ne sont nullement pathognomoniques.

Le diagnostic de ces tumeurs est excessivement difficile.

Leur pronostic est d'une gravité exceptionnelle ; il est cependant permis d'espérer que, grâce à une intervention chirurgicale active, on arrivera à diminuer de beaucoup la mortalité de cette affection.

Les kystes séreux du foie sont rares, leur symptomatologie est obscure, leur diagnostic impossible, leur traitement nul.

Les kystes séreux du foie résultent de la dilatation ou de la néoformation des canalicules biliaires.

Le diagnostic de la morve par la malléine.

La malléine est un extrait glycériné des cultures du bacille de la morve stérilisé par la chaleur.

M. Nocard a fait avec cet extrait des expériences fort intéressantes comme avec la tuberculine.

Il a été constaté que :

1° L'injection sous-cutanée de la malléine à la dose de un quart de centimètre cube (2 centimètres cubes et demi de la solution au dixième)

---

leur temps, et, surtout l'honorabilité professionnelle sera tenue haute et ferme comme le drapeau qui symbolise le régiment. »

La lecture du rapport nous a bien vite apporté une amère désillusion. M. le rapporteur ne considère les médecins que comme des fonctionnaires, faisant mal leur service, et à qui il est bon de ne pas lâcher la bride sur le cou ; pour eux seuls, dans le service, il est question de punitions ; on ne saurait trop prendre de précautions avec des employés aussi peu intéressants : voici venir la pluie des réprimandes, blâmes et révocations, si l'on n'est pas satisfait de leur service.

Mais, si l'on n'a rien à leur dire, s'ils font leur service consciencieusement, avec zèle, s'ils se dévouent véritablement aux pauvres, quelle récompense leur donnera-t-on bien ? Voyons, cherchez un peu, âmes naïves et simples ! Il y a généralement deux façons de reconnaître le dévouement ; une matérielle, des gros sous ; l'autre moins palpable et plus flatteuse, une médaille, un bout de ruban. Laquelle de ces deux façons croyez-vous que l'administration ait choisie pour récompenser le médecin consciencieux ? Je crois entendre que les uns parlent d'une élévation de l'indemnité annuelle ; d'autres sont partisans de la distinction honorifique. Eh bien ! vous n'y êtes pas, ce n'est ni l'une, ni l'autre. C'est beaucoup plus simple : l'administration, qui est infaillible, comme chacun sait, déclare que le médecin peut mal faire son service, d'où des punitions ; mais il n'y a pas de récompenses, évidemment parce qu'il est impossible que le médecin du bureau de bienfaisance fasse jamais son service de façon à mériter des éloges.

Ah ! cependant j'oubliais : si, au bout de trois ans, le médecin n'a pas été révoqué, s'il a fait son service sans donner lieu à aucune plainte, on lui permettra de continuer, il peut être réinvesti. Il n'y a pas là un droit ; l'administration seule a le droit de ne pas le réinvestir au bout de trois ans, si cela lui plaît, sans avoir aucune raison à donner. C'est une épée de Damoclès perpétuellement suspendue sur sa tête ; pour l'éviter, il n'a qu'un moyen, se laisser oublier, faire son service d'une façon passable, sans trop d'empressement ; qu'il se garde bien de faire du zèle, ce serait sa perte, l'administration s'empresserait de ne pas le réinvestir, car elle sait pertinemment qu'un médecin des pauvres qui se prodigue, a pour cela des raisons qu'elle ignore, et qui, par suite, sont suspectes.

Aucun des médecins faisant partie du Conseil ne s'est d'ailleurs ému de cette diatribe, de ce luxe de précautions injurieuses à l'égard de confrères, obligés la plupart de se consacrer à une

provoque, chez les seuls animaux morveux, une réaction fébrile intense, accusée dès la huitième heure, durant toujours plusieurs heures.

2° Si l'élévation de la température provoquée par la malléine est supérieure à 2 degrés, on peut, par cela seul, déclarer l'animal morveux ; quand l'hyperthermie est comprise entre 1°5 et 2 degrés, on peut encore dire que l'animal est morveux, si l'œdème consécutif à l'inoculation est considérable, si surtout la température est encore, après 24 heures, notablement élevée. L'élévation comprise entre 1° et 1°5, doit faire considérer l'animal comme suspect.

Quand elle n'atteint pas 1 degré, l'animal doit être considéré comme sain.

Dans toute écurie infectée, il serait très avantageux, pour le propriétaire, comme pour le Service sanitaire, de soumettre à l'épreuve de la malléine tous les chevaux contaminés ; on surveillerait de plus près, on abattrait ou tout au moins on pourrait séquestrer ceux qui donneraient la réaction caractéristique ; en tout cas la morve ne ferait pas de nouvelles victimes.

Ces conclusions de M. Nocard se trouvent pleinement confirmées par l'expérience qui a été faite en grand, à la Compagnie des voitures de l'*Urbaine*.

Voici la conclusion générale que tire M. Alexandre de cette expérience :

Pendant le dernier trimestre de 1892 :

4,348 chevaux appartenant à la Compagnie l'*Urbaine*, présentant tous les signes extérieurs de la santé, ont été soumis aux injections révélatrices de la malléine.

562 dénoncés par cette substance ont été sacrifiés, et l'autopsie a démontré la précision du diagnostic porté par la malléine.

4 n'ont été reconnus morveux qu'après une 2e injection de malléine.

4 seulement ont paru réfractaires. C'est un nombre d'une infime importance.

CLINIQUE OTOLOGIQUE

Otite moyenne aiguë. Son traitement.

Sous le titre d'otite aiguë, on comprend en général deux formes d'inflammation de l'oreille moyenne : Une otite moyenne catarrhale aiguë — forme légère — survenant à la suite de catarrhes aigus des muqueuses nasales et pharyngées, et aussi chez les enfants porteurs de végétations adénoïdes qui donnent si souvent les otites moyennes aiguës à répétition. — Dans cette forme il y a épanchement de sécrétion séro-muqueuse dans la caisse ou simple hypérémie aiguë (otalgie de l'enfance), donnant lieu à des crises douloureuses ne durant parfois que quelques heures et pouvant chez l'enfant donner l'illusion de symptômes méningés. La 2e forme est l'otite moyenne purulente aiguë — forme grave — survenant également à la suite d'affections catarrhales du nez et du pharynx et surtout à la suite de la rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde, variole, diphtérie. Cette seconde forme peut d'ailleurs succéder à la première et toutes deux ne marquent souvent que des états différents d'un même processus.

On avait espéré, après les beaux travaux de Zaufal, que la bactériologie permettrait d'éclaircir cette question obscure de la nature et de l'origine des otites aiguës et de les classifier d'une façon plus exacte d'après leurs caractères pathogéniques, tandis qu'aujourd'hui encore les diverses formes décrites d'après l'aspect clinique ont ces limites peu tranchées et indécises. On avait trouvé, en effet, dans les sécrétions de l'otite moyenne aiguë, 3 classes de

---

clientèle peu productive : soit indifférence, soit ignorance, la plupart ont gardé le silence. Seul le Dr Drouineau a fait remarquer qu'il fallait que le médecin soit soutenu par l'administration, « parce que la clientèle des indigents est spéciale, « difficile, changeante, et portée à se plaindre con« tinuellement. » Il est vrai qu'un peu plus loin, il ajoute les paroles suivantes dont il n'a peut être pas compris toute la portée : « Quant au recrute« ment des médecins, je ne veux en dire qu'un « mot. On a accepté le concours, bien qu'on ne se « fasse pas d'illusion à son égard. *On ne peut guère « admettre qu'un médecin présentant des garanties « suffisantes, consentira à aller habiter un arron« dissement pauvre où il ne trouvera pas de com« pensation au point de vue de la clientèle.* » Il y a là, ce me semble, une allégation blessante relativement à la valeur des médecins du bureau de bienfaisance des quartiers pauvres.

Quant à l'indemnité accordée, le projet spécifie qu'elle sera variable au lieu d'être fixe, ou plutôt, il y aura une indemnité fixe et une indemnité variable selon le nombre de visites faites. Nous ne résistons pas au plaisir de citer les paroles prononcées à ce propos par notre confrère, M. Peyron, directeur de l'Assistance publique.

« Les conséquences budgétaires ne sont pas les « seules qui doivent préoccuper. L'indemnité fixe, « par exemple, sera réduite à 600 francs, et ceux « des médecins qui feront plus de 500 visites re« cevront *pour chaque visite, une indemnité qui ne « pourra être supérieure à o fr. 50*. Cela fera peut« être augmenter le nombre des visites, mais, si « c'est un peu contraire à nos finances, ce sera, « par contre, très utile à l'intérêt des malades. » Le Dr Henrot, de Reims, seul, proteste contre cette indemnité proportionnelle, « parce qu'elle « est trop minime et peu digne pour le corps mé« dical ». A quoi l'excellent administrateur qu'est M. Peyron, répond aussitôt : « J'insiste au con« traire pour qu'on la maintienne, d'abord parce « qu'il est utile que le médecin voie plus souvent « ses malades, et ensuite, parce qu'il faut faire « cesser cette irrégularité criante qui fait que vous « avez des médecins qui font des milliers de vi« sites et qui ne sont pas mieux payés que ceux « qui n'en font que quelques centaines. »

Avez-vous réfléchi vraiment, M. le Directeur de l'Assistance publique, qu'en disant et en croyant peut-être vous montrer généreux à l'égard des médecins trop chargés, car c'est eux que vous avez l'air de plaindre, avez-vous réfléchi au nombre considérable de visites qu'il leur faudrait faire tous les jours de l'année pour toucher l'indemnité qu'ils touchent actuellement ? Il est probable que non ; car vous auriez vu que pour toucher 2,000

micro-organismes : streptococcus pyogenes, staphylococcus pyogenes albus citreus et aureus, pneumococcus de Fraenkel et Friendlaender. On avait espéré pouvoir décrire des otites à streptocoques, à staphylocoques et à pneumocoques ; mais si on a trouvé le pneumocoque seul : le plus souvent l'infection est mixte et l'on trouve diplocoques et staphylocoques. Rarement on a trouvé le streptocoque seul et plusieurs fois on a trouvé des micro-organismes non pathogènes. D'autres recherches montrèrent encore mieux qu'on ne peut pas accepter sans grande réserve cette classification et bien des auteurs doutent que ces divers micro-organismes soient la cause pathogène de l'affection, ils admettent plutôt que dans l'otite aiguë les divers micro-organismes qui pullulent dans les cavités buccales et nasales pénètrent par la trompe d'Eustache jusque dans l'oreille moyenne déjà atteinte et où ils trouvent un excellent terrain de culture.

Ces quelques renseignements étiologiques et pathologiques donnés, nous passerons rapidement sur les symptômes pour nous étendre davantage sur le traitement d'une grande importance au point de vue pratique. Politzer, dans ses cliniques, ne manque jamais d'attirer l'attention sur ce point que le traitement rationnel et consciencieux de l'otite aiguë doit être à la portée de tout praticien, car il y a souvent lieu d'appliquer un traitement d'urgence, la paracentèse du tympan par exemple, qui, faite à temps, peut éviter des accidents parfois mortels. Opération simple qui est faite sans difficulté à la clinique du Professeur de Vienne par tous les élèves qui suivent son cours, dès les premières leçons, dès qu'ils sont un peu habitués à l'otoscopie.

A signaler comme symptômes subjectifs dans l'otite moyenne catarrhale aiguë : les bourdonnements, les bruits pulsatils, la diminution de l'audition, la douleur très vive, surtout la nuit, avec rémission parfois dans le jour ; chez l'enfant, quelquefois de la fièvre. La marche est rapide, la durée variable (un à quelques jours). Les symptômes diminuent, puis disparaissent avec ou sans perforation du tympan, avec ou sans écoulement de sérosité sanguine qui, le plus souvent, est tari après quelques jours au moment de la fermeture de la perforation, mais parfois persiste, et peut être l'origine d'un catarrhe chronique, ou se transformer en otite moyenne purulente aiguë, la seconde forme, la forme grave.

Celle-ci présente les mêmes symptômes subjectifs, mais à un degré supérieur. Tous les symptômes sont exagérés, surtout la douleur parfois excessive. Il y a de la céphalalgie, une fièvre vive et chez l'enfant parfois des symptômes cérébraux qui peuvent un moment faire croire à des accidents méningés. Tous ces symptômes, d'ailleurs, s'apaisent subitement lorsque la membrane est perforée spontanément ou par le médecin.

Comme symptômes objectifs dans l'otite moyenne catarrhale on trouve le tympan avec une teinte rouge clair diffuse qui augmente et devient trouble rouge sombre, surtout accentuée dans le quart postéro-supérieur de la membrane qui bombe en dehors lorsqu'il y a dans la caisse un épanchement abondant, épanchement qui se fraie une voie au dehors à l'endroit le moins résistant et souvent dans le quart antéro-inférieur.

Les symptômes sont les mêmes dans l'otite moyenne purulente aiguë, mais la perforation ici est presque la règle et survient en moyenne après 3 à 4 jours. Il y a alors écoulement purulent d'abondance variable, qui diminue peu à peu ou persiste; c'est alors l'otite moyenne puru-

---

francs par an, il leur faudrait faire une moyenne de dix visites par jour ; et vous n'avez pas la prétention d'exiger que ces visites soient faites consciencieusement, sans quoi le malheureux médecin, n'ayant pas le temps de se consacrer à la clientèle payante, n'aurait bientôt d'autre ressource que de solliciter un secours d'indigent de votre générosité. Nous n'insistons pas d'ailleurs, car nous avons appris que, éclairé enfin par la résolution unanime de tous les médecins du service, vous étiez revenu à des idées plus conformes à la justice et à l'équité.

Il y a encore beaucoup de choses à dire sur ce projet. La critique en a été faite avec beaucoup de netteté, de force et de modération en même temps, par notre distingué collègue de l'Association syndicale des médecins de la Seine, le Dr Meugy. Son travail, publié dans le Bulletin de l'Association, fait justice des critiques lancées à la légère par M. Fleury-Ravarin. Divisé en trois parties, il examine d'abord les critiques formulées contre le fonctionnement du service médical des Bureaux de bienfaisance ; en second lieu, la situation des médecins chargés de ce service ; enfin, l'organisation nouvelle de l'assistance médicale.

On reproche aux médecins à domicile de faire un nombre insuffisant de visites, aux médecins des consultations de se borner à une distribution hâtive des médicaments. Les raisons du fonctionnement imparfait du service médical se réduisent, dit le Dr Meugy, à ces deux constatations : 1° l'insuffisance du nombre des médecins dans certains arrondissements ; 2° l'insuffisance des ressources mises à leur disposition. Sur ces deux points les témoignages sont unanimes ; M. Fleury-Ravarin lui-même est obligé de reconnaître que « le médecin est souvent dans l'impossibilité la plus absolue de remplir la tâche qu'on lui impose ». D'un autre côté, la clientèle est misérable, plus misérable que dans les hôpitaux, dira le Dr Drouineau. De plus, les médecins n'ont à leur disposition aucun instrument, rien, au contraire des hôpitaux où tout abonde.

M. Meugy passe ensuite au mode de recrutement des médecins et montre que seul le concours offre des garanties sérieuses. Il se prononce également, et avec juste raison, pour le maintien de l'indemnité fixe qui est plus honorable, et ménage le mieux notre dignité ; mais, dit-il, « le mode de rémunération importerait peu, si l'indemnité était suffisante ».

Jusqu'à présent, les médecins étaient nommés pour 4 ans ; le projet réduit la durée des fonctions à 3 ans. Le Dr Meugy proteste, avec le Dr Billon, ancien président de la Société des médecins du bureau de bienfaisance, contre cette précaution

lente chronique. A signaler encore comme terminaison des accidents mortels possibles par propagation aux méninges.

Le traitement des deux formes d'otite moyenne aiguë repose sur les mêmes principes et est à peu près identique dans les deux cas, qui ne sont que les différentes étapes d'un même processus.

Au début, on fera des instillations de glycérine phéniquée à 1/10 pour calmer la douleur et essayer de faire avorter le mal. On essaiera aussi les compresses froides ou les sacs de glace en avant et en arrière du pavillon ou les simples enveloppements de Priessnitz. On conseille encore les instillations chaudes combinées avec l'emploi extérieur du froid, instillations de solution opiacées d'huile phéniquée ou d'une solution de sublimé à 0,05 %, avec ou sans addition de cocaïne. Politzer recommande de verser quelques gouttes d'un mélange d'huile et de chloroforme ou morphine à parties égales sur une épaisse couche d'ouate et d'en recouvrir l'oreille. Zaufal recommande l'instillation d'une solution chauffée de cocaïne à 5 ou 10 %. Il faut faire garder la chambre au malade et, s'il y a fièvre, ordonner le lit. Au début il ne faut employer ni injections ni douches d'air ; celles-ci ne peuvent être employées que lorsque les symptômes aigus commencent à diminuer, et alors, administrées avec prudence et en employant une faible pression elles soulagent le malade et peuvent accélérer la guérison. Enfin il faut traiter l'affection nasale ou naso-pharyngée par des gargarismes et inhalations, mais dans la première période des affections aiguës il ne faut employer ni injection, ni badigeonnages, ni cautérisation qui peuvent être la cause d'une recrudescence des symptômes aigus.

La paracentèse qui ne doit pas être employée dans la forme légère (hyperémie ou épanchement séromuqueux peu abondant) est indiquée dans les cas de bombement du tympan, fièvre et douleur persistante. Quand la rupture spontanée est peu probable, certains auteurs conseillent la paracentèse le plus tôt possible, mais parfois elle est inutile dans la période aiguë, et ne devient nécessaire que lorsque cette période passée, la surdité persiste due à la sécrétion amassée dans la caisse. La paracentèse se fait avec le bistouri ad hoc qu'on adapte à un manche muni d'une douille et d'une vis qui permet de placer la lame du bistouri dans toutes les positions que l'on veut, manche qui d'ailleurs sert à nombre d'autres instruments d'otologie. Après désinfection soignée du conduit et du pavillon, on fait l'incision au point le plus fortement bombé, et s'il n'y a pas de point plus marqué on fait l'incision plutôt dans le quart postéro-inférieur, car c'est là que le tympan est le plus éloigné de la paroi labyrinthique. Le bistouri est porté sur le tympan d'une main sûre et d'un coup sec traverse toutes les couches du tympan. L'opération, quoique douloureuse, est trop rapidement faite pour nécessiter l'anesthésie, en règle générale. Urboutschitsch recommande de faire l'incision à direction horizontale dans le quart postéro-inférieur et à direction verticale lorsqu'elle est faite dans le quart postéro-supérieur.

Après l'incision pour chasser la sécrétion au dehors, on fait une douche d'air, en employant le procédé de Politzer de préférence au cathétérisme et en se servant de la poire de Zaufal dans laquelle l'air pénètre purifié et tamisé par une couche d'ouate contenue dans un godet constituant la prise d'air. La sécrétion doit être maintenue aseptique par l'occlusion du conduit à l'aide d'un bouchon d'ouate salicylée ou de gaze iodoformée. Politzer ne fait pas d'injection après l'incision et dit avoir de meilleurs résultats que ceux qui en font régulièrement après la paracentèse et accusent 1/20 d'otite purulente

---

qui n'a pas de raison d'être, de même que contre cette abondance de blâmes, de réprimandes, etc.

L'article 43 institue un service de contrôle confié à un inspecteur assisté d'un certain nombre de contrôleurs, chargés de surveiller le médecin au point de vue professionnel. Il se termine ainsi : « Le contrôleur recherche s'il n'intervient pas des trafics frauduleux soit entre médecins et pharmaciens, soit entre ces derniers et les indigents. » Le Dr Billon s'étonne et s'indigne fort de cette précaution injurieuse aussi bien que du contrôle confié à un bureaucrate chargé de voir si nous faisons bien autant de visites qu'il est nécessaire, et si nous ne donnons pas trop de médicaments. Pour nous, la chose nous semble seulement grotesque, rien de plus.

Jusqu'à présent, on n'a jamais donné la plus petite garantie au médecin contre lequel on prend tant de précautions. M. Meugy réclame avec juste raison qu'un médecin du Bureau de bienfaisance soit le délégué et le défenseur naturel de ses collègues au *conseil de surveillance de l'Assistance* publique. Il demande également la présence d'un médecin du Bureau au *bureau d'assistance* institué dans chaque arrondissement, et à la *commission centrale*. Il n'y a pas de raison pour qu'on ne fasse pas droit à ces demandes.

Il est une constatation importante, c'est que les médecins s'empressent de donner leur démission. Depuis 1888, sans qu'il y ait eu un poste nouveau à pourvoir, 128 places ont été mises au concours, le nombre total étant de 180. Et cela tient à ce que la tâche des médecins du bureau de bienfaisance est hors de proportion avec la faible indemnité qu'on leur alloue. Cependant, l'administration aurait intérêt à avoir, pour assurer le traitement à domicile des indigents, un corps médical homogène, stable, pénétré de ses devoirs et de sa mission.

Mais voici une partie vraiment intéressante de ce projet d'organisation.

Actuellement le bureau de bienfaisance est séparé de l'hôpital, ce qui est une conception fausse et nuisible aux indigents malades. M. Fleury-Ravarin bouleverse complètement l'organisation actuelle, et non sans raison. Les consultations sont mal faites dans les hôpitaux, mal faites aux maisons de secours, par suite du peu de temps que le médecin peut consacrer à chaque malade. De plus, l'admission des malades à l'hôpital est souvent basée sur l'intérêt qu'offre une maladie pour le médecin plutôt que sur l'intérêt du malade. M. le rapporteur propose de relier le traitement à domicile au traitement à l'hôpital, par suite de la formation de grandes circonscriptions médicales rayonnant autour de l'hôpital, devenu exclusive-

consécutive. L'incision, en général, guérit vite et parfois on est obligé le lendemain de renouveler l'opération. Parfois aussi, il faut agrandir une incision insuffisante qui rend l'écoulement difficile et, dans ce cas, Politzer recommande les injections d'eau stérilisée dans la caisse par le cathéter. Si l'écoulement est purulent il faut faire des injections antiseptiques l'asséchage et des insufflations de poudre d'acide borique. Si l'écoulement persiste et tend à devenir chronique, il faut alors procéder au pansement ordinaire de l'otite moyenne purulente chronique.

Zaufal, qui autrefois pratiquait souvent la paracentèse du tympan, la fait très rarement maintenant, seulement dans les cas où l'apophyse mastoïde est atteinte, ou la perforation spontanée trop petite. Il recommande plutôt des sortes de cataplasmes ainsi préparés : il imbibe un gâteau d'ouate d'une solution d'alumine acéto-tartrique à 5 % ; il recouvre ce gâteau d'un léger taffetas gommé, plonge le tout dans l'eau très chaude et l'applique sur le pavillon et sur la région mastoïdienne. Une épaisse couche d'ouate et une bande complètent le pansement qui reste en place 12 ou 24 heures. Le Professeur de Prague dit obtenir souvent, par ce procédé, la cessation des douleurs, et éviter la paracentèse et les accidents du côté de l'apophyse. A cela il associe le massage des parties latérales du cou depuis les régions mastoïdiennes et parotidiennes jusqu'à l'épaule du côté correspondant à l'oreille malade, 2 à 3 séances de massage par jour de 3 à 5 minutes chaque. Il n'emploie la douche d'air que lorsque l'épanchement ne diminue que trop lentement ; il ne donne qu'une douche d'air et emploie plutôt le procédé de Gruber (douche d'air pendant la phonation), n'usant toujours que d'une faible pression, de courte durée. Il n'emploie pas le cathéter et n'use de la douche d'air qu'avec beaucoup de réserve, craignant toujours d'infecter l'oreille moyenne.

Enfin, il faut avoir soin de toujours surveiller l'apophyse mastoïde et voir s'il ne se produit pas de symptômes menaçants (douleur, rougeur, œdème), signes d'une longue durée et de complications possibles. On applique alors l'appareil réfrigérant de Leiter. Si les symptômes persistent ou s'aggravent, on fait l'incision de Wilde (incision de tous les téguments sur toute la hauteur de l'apophyse mastoïde jusqu'au périoste). Ou bien encore, lorsqu'aux symptômes précédents s'ajoutent l'abaissement de la paroi postéro-supérieure du conduit de la céphalalgie et de la fièvre, il faut recourir sans tarder à la trépanation de l'apophyse mastoïde.

Pierre Maurel,
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

PŒDIATRIE

Les fièvres intermittentes chez les enfants.

C'est une faute de thérapeutique trop commune de considérer toutes les fièvres intermittentes comme justiciables de la quinine. Il y a bien d'autres fièvres intermittentes et même périodiques chez l'enfant que la fièvre palustre.

Il est vrai que la fièvre palustre prend facilement l'enfant non seulement dans les pays réputés malariques, mais, comme le professe avec insistance M. J. Simon, dans tout pays et notamment à Paris ; la réunion des conditions telluriques propres à favoriser le développement du paludisme peut exister sans doute assez souvent : eaux stagnantes où se putréfient des végétaux, terres fraîchement et profondément re-

---

ment hôpital de quartier, au grand bénéfice des malades et de leurs familles qui ne sont plus obligés de courir à l'autre extrémité de Paris.

L'admission des malades, sauf les cas d'urgence, se fait au domicile du malade par les soins d'un médecin du Bureau central, chargé en même temps du service de la consultation, avec l'aide des médecins actuels des consultations.

Dans ce projet, il y a des choses très bonnes, et qu'il ne faut pas craindre d'approuver. Le principe en est excellent et l'admission à l'hôpital faite au domicile du malade permettrait de donner dans une large mesure satisfaction au corps médical, en écartant les faux pauvres de l'hôpital. Seuls, les rouages ne semblent pas parfaitement bien ajustés ; il semble que le fonctionnement en sera difficile, surtout par suite de l'installation d'un médecin du bureau central à la consultation et à l'admission à l'hôpital, l'admission se faisant après une visite du médecin adjoint qui statue, quoique ce soit le médecin du bureau central qui soit considéré comme ayant tout vu et tout fait. Mieux vaudrait, comme le demande le Dr Meugy et la Société des médecins du Bureau de bienfaisance, qu'on laissât aux médecins en fonctions la direction des consultations des maisons de secours réorganisées, sans avoir recours aux médecins du Bureau central ; ce serait un rouage de supprimé, et le service n'en marcherait que mieux. Enfin espérons que tout cela s'arrangera dans la pratique.

Le Dr Meugy formule la conclusion suivante, proposée et votée à l'association syndicale des médecins de la Seine :

« L'association syndicale professionnelle des médecins de la Seine regrette que les médecins, et en particulier ceux qui sont chargés du traitement à domicile, n'aient pas été consultés, à propos du projet de réorganisation des secours médicaux à domicile, elle émet le vœu que, dans le décret qui sera rendu, il soit tenu compte de leurs desiderata. »

Notre conclusion est celle-ci : Les médecins du bureau de bienfaisance à Paris sont aussi peu considérés que possible, et par l'administration et par les malades ; leur titre leur est actuellement plus nuisible qu'utile pour leur clientèle personnelle. Il est donc nécessaire que tous soient unis avec fermeté pour obtenir de l'administration une rémunération proportionnelle à l'importance de leurs fonctions. En sachant montrer de la décision et de l'énergie, ils relèveront certainement leur situation matérielle et leur autorité morale.

Dr Prudent Hervouet.

---

muées pour les travaux de voirie des grandes villes. La première hypothèse qu'on doit donc mettre en avant, lorsqu'on cherche à instituer le traitement d'une fièvre intermittente, est celle de la fièvre palustre. Mais il faut ensuite passer en revue dans son esprit toutes les causes possibles d'accès fébriles intermittents avant de se décider à prescrire la quinine, si l'on ne veut s'exposer à faire une thérapeutique inutile ou nuisible.

Chez tout enfant, la fièvre intermittente d'origine dyspeptique est fréquente ; la périodicité de cette fièvre est régie par le nombre des repas, car c'est une *fièvre de digestion*. S'il s'agit d'un nourrisson soumis à des conditions alimentaires défectueuses, ce sera donc plusieurs fois par jour que la peau deviendra chaude et sèche, la paume des mains moite, le visage rouge, le pouls rapide, la respiration accélérée ; si on prend la température, on constate une élévation thermique de quelques dixièmes, d'un degré, ou de deux même. L'épigastre est ballonné, il y a quelques coliques, des garde-robes mal liées ou d'une odeur putride. La multiplicité des accès fébriles, la coïncidence de la dyspepsie ne permettent guère l'erreur ; et avant de donner la quinine, pour couper cette fièvre, comme les parents ne manquent pas de vous le demander, rectifiez les erreurs hygiéniques concernant la quantité du lait, sa qualité, les heures des repas, etc. Joignez-y un vomitif ou un purgatif, quelques lavements antiseptiques ; vous ferez disparaître ces accès fébriles. Quelquefois il sera nécessaire d'adjoindre une faible dose d'antiseptique, salicylate de bismuth ou benzonaphtol. La fièvre de digestion existe aussi dans la seconde enfance ; les accès en sont plus espacés naturellement, on ne les observe guère que deux fois par jour dans l'après-midi ou dans la nuit, les repas étant moins fréquents ; les symptômes en sont moins nets que ceux des autres fièvres intermittentes ; le frisson, qui n'est d'ailleurs qu'un incident contingent dans la fièvre, manque d'ordinaire : c'est la chaleur et la moiteur du creux des mains et du visage, la céphalée, le regard terne, la somnolence, le dégoût du jeu ou le refus de travailler qui forment les éléments du tableau clinique. Examinez bien les fonctions digestives, regardez la langue et flairez l'haleine, palpez et percutez l'estomac et le foie, voyez les garde-robes et, si vous constatez les signes manifestes de la perturbation digestive, tenez les accès fébriles pour justiciables non pas de la quinine, mais du régime et de l'antisepsie gastro-intestinale. Supprimez le goûter, ou les friandises autorisées par les parents, faites une enquête relative à celles qui sont prises clandestinement ; supprimez les pommes de terre frites, certaines pâtisseries ; diminuez la ration de viande ; administrez l'ipéca, le calomel, les naphtols, etc., vous ferez disparaître la fièvre. La fièvre de digestion peut d'ailleurs être plus particulièrement gastrique, intestinale ou hépatique et les indications thérapeutiques variant un peu suivant ces cas. Ce sera toujours l'auto-intoxication qu'il faudra traiter (V. estomac, foie, intestin).

Puis viennent les fièvres intermittentes liées à une infection autre que le paludisme : fièvres de suppuration (voir les plèvres, le foie, les ganglions, les os), de tuberculisation, pulmonaire, ganglionnaire ou intestinale ; ou fièvres de croissance, fièvre ganglionnaire, fièvre amygdalienne.

Très fréquentes dans la seconde enfance et l'adolescence sont les *fièvres de surmenage*, non pas intellectuel, mais physique ; le plus souvent, les jeux en sont la cause. Ce n'est pas, en général, l'excès quotidien de travail physique qui engendre cette fièvre-là ; chez les enfants pauvres, apprentis soumis trop jeunes à un travail excessif et mal alimentés, surviennent l'amaigrissement, l'anémie, les troubles de la nutrition aboutissant au lymphatisme, à la misère physiologique, mais la fièvre ne se montre que si sur ce terrain appauvri se développe quelque mauvaise graine microbienne. Mais la fièvre de surmenage se montre chez des enfants qu'on laisse de temps en temps se livrer avec une ardeur sans retenue à des exercices disproportionnés à leurs forces ; il en résulte une destruction trop rapide d'une trop grande quantité de matière en trop peu de temps, élimination imparfaite de ces déchets mal oxydés, et dans ces conditions on voit apparaître la fièvre la nuit ou le lendemain d'une trop longue promenade à pied ou en bicycle, d'une partie de foot-ball ou de tennis : l'abattement, les yeux cernés, les urines rares, foncées, chargées d'urates ou de phosphates, l'anorexie et un peu d'embarras gastrique, la douleur spontanée ou provoquée au niveau de certains groupes musculaires plus spécialement surmenés, mollets, cuisses, biceps ou deltoïdes, masse sacro-lombaire, droits et obliques de l'abdomen, seront des éléments de diagnostic pour cette *fièvre musculaire*, que le repos seul guérit, avec boissons abondantes, un peu de massage modéré, mais dont la prophylaxie est surtout importante à instituer, car c'est quelquefois une porte ouverte à la congestion des épiphyses et à l'ostéite juxta-épiphysaire, par suite, à l'ostéomyélite infectieuse, si des staphylocoques ou autres microbes ont pénétré dans la circulation, venus du dehors par une des nombreuses portes d'entrée des téguments et des muqueuses naso-pharyngiennes qui existent chez les enfants, ou simplement venus de l'intestin normal à la faveur du surmenage (expériences de Charrin et Roger) ; le sang des animaux surmenés cultive. La fièvre de surmenage est donc liée par un lien étroit aux fièvres de croissance. P. LE GENDRE.

(*Revue d'obstétrique et de pœdiatrie*).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Association médicale mutuelle de la Seine.

Elle a célébré, le 17 novembre, en un banquet, la création de sa première réserve de cent mille francs. Nous avons remarqué parmi les assistants, le Doyen de la faculté, M. Laborde ; M. Kuff, M. Martin-Feuillée, ancien ministre, conseil judiciaire de l'Association ;

Le Président, Dr Rondeau, était retenu par un deuil de famille ; son discours a été lu par le Vice-président, Dr Letulle, et diverses communications ont été faites par MM. Fissiaux, trésorier ; Signez, sociétaire, et au banquet les toasts ont été fort applaudis.

Discours du Président, M. le Dr Rondeau.

Messieurs,

Procurer aux carrières dites libérales les bienfaits de la mutualité qui semblait le monopole des associations ouvrières ;

Eviter la nécessité, toujours pénible, de recourir à l'assistance charitable de nos associations professionnelles en établissant le *droit absolu* à l'indemnité de maladie, tels sont, Messieurs, les deux grands services que notre fondateur, le toujours regretté Gallet-Lagoguey, a rendus au corps médical français. Après trois longues années de recherches et de calculs, Lagoguey et les quelques collaborateurs auxquels il avait fait partager ses idées et ses espérances déclarent que l'Association médicale du département de la Seine commence à fonctionner sur les bases suivantes :

Toute Association mutuelle, pourvu qu'elle ne s'impose pas d'autres charges, peut allouer à ses membres atteints d'incapacité de travail temporaire ou permanente, par suite de maladies ou d'accidents, une indemnité quotidienne d'un taux égal à celui de la cotisation mensuelle versée par chacun d'eux. Elle peut payer cette indemnité avec ses seules ressources et quelle que soit la durée de la maladie.

Nous sommes en 1887.

Les 67 premiers adhérents passent heureusement l'année sans maladie.

En 1888	nous sommes	120.
— 1889	—	151.
— 1890	—	194.
— 1891	—	215.
— 1892	—	256.
— 1893	—	280 à cette date.

Avec les adhésions plus nombreuses, les malades ont fait leur apparition, et depuis notre fondation nous avons eu à payer 10.500 francs à nos sociétaires.

Laissez-moi vous citer quelques-unes de ces indemnités. Le minimum est 90 francs. Je ne parle pas des indemnités de 100, de 200 ou de 300 francs, mais que pensez-vous

	de 5	indemnités	de 500 à 580 fr.
	de 6	—	de 700 à 770.
	de 2	—	de 810 et 820.
	de 2	—	de 1,000.
	de 1	—	de 1,100.
	de 1	—	de 1,930.
	de 1	—	de 2,450.
	de 1	—	de 2,740.
	de 1	—	de 3,750.
et enfin	de 1	—	de 4,850 francs ?

Ne trouvez-vous pas, Messieurs, que ce sont là, des chiffres éloquents, et ce n'est pas sans hésitation que je me suis décidé à avouer de telles prodigalités devant notre conseil judiciaire. Rassurez-vous, Messieurs, nos dépenses étaient prévues, et si bien prévues, que nous célébrons aujourd'hui les premiers 100,000 francs de notre capital-réserve. Il faut vous dire que chez nous *toutes les fonctions sont gratuites*, et que nos frais de gestion ont été en moyenne de 4 francs par an et par sociétaire, ce qui rétablit une heureuse moyenne avec les grosses dépenses de maladie.

Messieurs, aux Assemblées annuelles, le Secrétaire a toujours les corvées désagréables ; je désire qu'il ait un dédommagement ce soir, et je lui laisse le plaisir et l'honneur de porter la santé de nos hôtes, mais avant de lui donner la parole, je vous prie de lever vos verres à la mémoire de notre fondateur Gallet-Lagoguey, et à la santé du triomphateur d'aujourd'hui, j'ai nommé notre excellent trésorier et ami, le docteur Fissiaux.

Les médecins experts devant les tribunaux.

Le Conseil d'Etat, dans sa séance du 9 novembre, a adopté le projet suivant de décret portant règlement d'administration publique, en exécution des paragraphes 2 et 3 de l'article 14 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine et relatif : 1° aux conditions suivant lesquelles peut être conféré le titre d'expert devant les tribunaux ; 2° à la revision des tarifs du décret du 18 juin 1811 en ce qui touche les honoraires, vacations, frais de transport et de séjour des médecins.

PROJET DE DÉCRET.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du Garde des sceaux, ministre de la Justice ;

Vu la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine et notamment les paragraphes 2 et 3 de l'article 14 ainsi conçus :

« Un règlement d'administration publique révisera les tarifs du décret du 18 juin 1811 en ce qui touche les honoraires, vacations, frais de transport et de séjour des médecins.

« Le même règlement déterminera les conditions suivant lesquelles pourra être conféré le titre d'expert devant les tribunaux ; »

Vu le décret du 18 juin 1811, contenant règlement pour l'administration de la justice en matière criminelle, de police correctionnelle et de simple police, et tarif général des frais ;

Le Conseil d'Etat entendu,

Décrète :

CHAPITRE PREMIER

Des conditions dans lesquelles est conféré le titre d'expert médecin devant les tribunaux.

Article premier. — Au commencement de chaque année judiciaire, et dans le mois qui suit la rentrée, les cours d'appel, en chambre du conseil, le procureur général entendu, désignent, sur des listes de propositions des tribunaux de première instance du ressort, les docteurs en médecine à qui elles confèrent le titre d'expert devant les tribunaux.

Art. 2. — Les propositions du tribunal et les désignations de la cour ne peuvent porter que sur les docteurs en médecine français, ayant au moins cinq ans d'exercice de la profession médicale et demeurant soit dans l'arrondissement du tribunal, soit dans le ressort de la cour d'appel.

Art. 3. — En dehors des cas prévus aux articles 13, 44, 235 et 268 du Code d'instruction criminelle, les opérations d'expertise ne peuvent être confiées à un docteur en médecine qui n'aurait pas le titre d'expert. Toutefois, suivant les besoins particuliers de l'instruction de chaque affaire, les magistrats peuvent désigner un expert près un tribunal autre que celui auquel ils appartiennent.

En cas d'empêchement des médecins rési-

dant dans, l'arrondissement et s'il y a urgence, les magistrats peuvent, par ordonnance motivée, commettre un docteur en médecine français de leur choix.

CHAPITRE II.

Des honoraires, vacations, frais de transport et de séjour des experts médecins

Art. 4.— Chaque médecin requis par des officiers de justice ou de police judiciaire ou commis par ordonnance, dans les cas prévus par le Cour d'instruction criminelle reçoit à titre d'honoraires.

1° Pour une visite avec premier pansement 8 francs.

2° Pour toute opération autre que l'autopsie 10 francs.

3° Pour autopsie avant inhumation 25 francs.

4° Pour autopsie après exhumation 35 francs.

Au cas d'autopsie d'un nouveau-né, les honoraires sont de 15 et 25 francs, suivant que l'opération a eu lieu avant inhumation ou après exhumation.

Tout rapport écrit donne droit, au minimum, à une vacation de 5 francs.

Art. 5. — Le coût des fournitures reconnues nécessaires pour les opérations est remboursé sur la production des pièces justificatives de la dépense.

Art. 6. — Il n'est rien alloué pour soins et traitements administrés, soit après le premier pansement, soit après les visites ordonnées d'office.

Art. 7. — En cas de transport à plus de deux kilomètres de leur résidence, les médecins reçoivent, par kilomètre parcouru, en allant et en revenant :

1° Vingt centimes si le transport a été effectué en chemin de fer ;

2° Quarante centimes si le transport a eu lieu autrement.

Art. 8. — Dans le cas où les médecins sont retenus dans le cours de leur voyage par force majeure, ils reçoivent une indemnité de 10 francs par chaque journée de séjour forcé en route, à la condition de produire, à l'appui de leur demande d'indemnité, un certificat du juge de paix ou du maire de la localité, constatant la cause du séjour forcé.

Art. 9. — Il est alloué aux médecins, outre les frais de transport, s'il y a lieu, une vacation de 5 francs à raison de leurs dépositions, soit devant un tribunal, soit devant un magistrat instructeur.

Si les médecins sont obligés de prolonger leur séjour dans la ville où siège soit le tribunal, soit le juge d'instruction devant lequel ils sont appelés, il leur est alloué, sur leur demande, une indemnité de 10 francs par chaque journée de séjour forcé.

Art. 10. — Sont abrogées toutes les dispositions du décret du 18 juin 1811 en ce qu'elles ont de contraire au présent chapitre.

CHAPITRE III

Dispositions transitoires

Art. 11. — Les officiers de santé reçus antérieurement au 1er décembre 1893 et ceux reçus dans les conditions déterminées par l'article 31 de la loi du 30 novembre 1892 peuvent être portés sur la liste d'expert près les tribunaux s'ils réunissent les conditions de nationalité, de durée d'exercice de leur profession et de résidence prévues à l'article 2 du présent décret.

Ils ont droit aux mêmes honoraires, vacations, frais de transport et de séjour que les docteurs en médecine.

Art. 12.—Le tarif prévu au chapitre II du présent décret ne sera applicable qu'aux opérations requises postérieurement au 30 novembre 1893.

Art. 13. — Le garde des sceaux, ministre de la justice, est chargé de l'exécution du présent décret.

BULLETIN DES SYNDICATS

La Protection de la santé publique.

Dans la séance du 21 août 1893, M. le Dr Lécuyer a donné au Syndicat médical d'Aisne-et-Vesle, lecture d'un travail sur la Protection de la santé publique.

Nous avons dû ajourner la publication de ce document que nous publions aujourd'hui (1).

Mes chers confrères,

La commune de Tergnier (Aisne), qui n'avait autrefois que quelques centaines d'habitants, forme maintenant, grâce à la construction des ateliers généraux des chemins de fer du Nord, une agglomération de 3.740 habitants.

Le Dr Maréchal, conseiller général, dans un rapport à la session d'août dernier sur une épidémie de fièvre typhoïde dans cette commune, conclut à inviter la Municipalité de Tergnier à améliorer son service des eaux, qui semble être la cause principale de cette épidémie.

Or, de la discussion il résulte que c'est une question ancienne. M. Sébline, sénateur et conseiller général, et pendant de longues années préfet de l'Aisne, dit que la fièvre typhoïde règne à Tergnier à l'état endémique.

La nappe d'eau, qui se trouve sous la ville et alimente les habitants, a très peu de profondeur ; elle est contaminée par les fosses.

Il est impossible de remédier à cet inconvénient sans employer un moyen radical : la suppression des fosses et une prise d'eau au dehors de Tergnier.

A une certaine époque, la Compagnie du Nord aurait volontiers fait une prise d'eau potable dans la rivière d'Oise ; la ville de Tergnier a refusé ; elle est sans excuses. En effet, tout le monde trouvera extraordinaire qu'une municipalité refuse avec entêtement la proposition d'assainir gratuitement les eaux de la ville.

Le préfet a répondu, qu'en l'état actuel de la législation, la question d'assainissement se complique partout d'une question pécuniaire, et que les trois-quarts des communes n'ont pas les ressources suffisantes pour créer des égouts et amener l'eau en abondance ; qu'il mettra toute son énergie à engager les municipalités à faire au moins l'indispensable au point de vue de l'hygiène, et que, pour ce qui concerne la localité en question, si la Compagnie du Nord reprenait sa proposition d'entreprendre à ses frais une canalisation d'eau potable, il ferait son possible pour obtenir le consentement de la municipalité.

Le préfet a dit encore quelque chose de bien vrai, c'est que l'administration n'est pas armée pour imposer quoi que ce soit ; que seule la commission des logements insalubres pourrait agir, mais qu'elle ne fonctionne pas dans les communes rurales.

J'ajouterai qu'elle fonctionne peu, mal, ou point du tout dans la plupart des autres.

Je rappellerai, qu'en 1878 j'ai eu, à Roucy, une épidémie de fièvre typhoïde de 84 cas en quelques mois, grâce à la transmission par l'eau pota-

(1) Voir *Concours médical* n° 41, 14 octobre 1893.

ble. Cette commune avait un lavoir public sur un ruisseau qui alimentait les habitants, et en amont du village. J'ai signalé ce fait à l'autorité départementale : j'ai même demandé à cette époque à la Société de médecine publique d'émettre un vœu tendant à placer les lavoirs dans la première classe des établissements insalubres et dangereux.

La commune était maîtresse de son budget ; elle n'a rien fait.

A Beaurieux même, j'ai signalé une épidémie de fièvre typhoïde produite certainement par les infiltrations provenant d'une boucherie. A ce propos, j'ai dit au maire qu'il était urgent de construire un abattoir. Le maire l'a proposé, mais il s'est heurté à des difficultés insurmontables, et moi qui lui ai succédé, je trouverais certainement le conseil dans les mêmes dispositions.

Vous le voyez, avec la législation actuelle, il est impossible de rien obtenir, et c'est une raison pour nous de réclamer le vote du projet de loi sur la protection de la santé publique.

Ce projet, déposé par le Gouvernement, a été voté par la Chambre des Députés en fin de session, sur le rapport de M. le Dr Langlet, membre honoraire de notre syndicat.

Cette loi est fondée sur deux principes qu'a exposés le Président du Conseil : il y a des maladies qu'il est possible d'éviter, des contagions qu'on peut prévenir — c'est un des cas où la solidarité humaine peut être justement invoquée. Elle prévoit des mesures sanitaires relatives aux localités et aux personnes, aux eaux, aux égouts, etc..., elle rend obligatoires la vaccination et la revaccination, enfin elle crée un personnel sanitaire et institue une juridiction absolument compétente pour juger les infections commises par les individus ou les collectivités.

Tout cela est logique et s'enchaîne. Pourquoi faut-il qu'à la Chambre la création des inspecteurs départementaux du service d'hygiène ait soulevé des protestations ? Pourquoi le commissaire du Gouvernement a-t-il eu la faiblesse de répondre que ces fonctions si importantes seraient confiées le plus souvent aux inspecteurs des enfants assistés ? Ne voit-on pas que c'est frapper de stérilité la loi que d'en confier la mise à exécution à des hommes foncièrement incompétents ?

On crie au fonctionnarisme — mais n'est-ce pas précisément un cas où l'action d'un fonctionnaire spécial et compétent soit indispensable ? On oublie donc que, le rapport de M. le Dr Langlet le constate, que la mortalité en France est de 22 pour mille alors qu'elle n'est que de 18 en Angleterre et de 16 en Suède et Norwège !

Espérons que, la loi votée, le décret d'administration publique reviendra sur une erreur semblable.

Par contre, la loi future, qui prévoit pour le médecin une pénalité en cas de non déclaration des maladies contagieuses, est moins rigoureuse que la loi Chevandier ; celle-ci édicte une amende de 50 à 200 francs, tandis que la loi nouvelle fait application de l'article 479 du code pénal, c'est-à-dire édicte une amende de 11 à 15 francs.

Il est vrai que, pour les épidémies menaçant le territoire de la République, elle fait application de l'article 480 du même code qui permet de prononcer un emprisonnement de cinq jours, si les circonstances atténuantes ne sont pas admises !

L'examen du Sénat remettra les choses au point et fera concorder les textes.

Quoi qu'il en soit, la loi réalisera une amélioration sérieuse et nous devons ardemment souhaiter sa mise à exécution. Je propose donc au syndicat d'émettre le vœu que le Bureau de l'Union prenne en main cette cause et agisse près des pouvoirs publics pour hâter son vote définitif.

Ces conclusions ont été adoptées par le syndicat d'Aisne-et-Vesle.

Le Secrétaire, H. Lécuyer.

Un syndicat à Saint-Quentin.

Un syndicat est en préparation à Saint-Quentin (Aisne), M. le Dr Artaut, à qui nous avons envoyé tous les renseignements nécessaires, nous écrit que la *Société locale de Saint-Quentin* est disposée à constituer, parmi ses membres et, parmi les confrères non sociétaires, un syndicat. Cet exemple sera bientôt suivi par d'autres Sociétés qui nous font des demandes semblables.

REPORTAGE MÉDICAL

Inauguration de la Polyclinique de l'Hôpital International.

Le 16 novembre a eu lieu l'inauguration solennelle de la Polyclinique de l'Hôpital International, 9 bis, 11 et 11 bis, rue de la Santé, sous la présidence de M. Jules Simon, assisté de M. Péan, fondateur de l'Hôpital, et de M. Thomas, Maire de l'Arrondissement.

Public nombreux et choisi : membres de l'Académie de Médecine, de l'Institut, de la Faculté, Sénateurs, Députés, Conseillers municipaux et Représentants des ambassades.

Les honneurs de la séance ont été pour MM. Aubeau et Bilhaut, les habiles et très actifs organisateurs de la Polyclinique.

Dans une chaude improvisation, le Dr Aubeau a exposé l'esprit et le but de l'Œuvre, qui se distingue par deux innovations : assistance internationale et groupement dans un même édifice de toutes les spécialités ; il a particulièrement insisté sur son caractère humanitaire et pacificateur. L'Hôpital International reçoit, en effet, indistinctement tous les malades de Paris, de la Province et de l'Etranger ; ils y sont traités, quelle que soit leur affection, par des spécialistes qui se sont attachés particulièrement à l'étude et à la vulgarisation de chaque branche différente de la médecine et de la chirurgie.

Actuellement, dans presque tous les pays, une propagande persévérante est faite en faveur de la paix universelle et les fondateurs ont tenu à contribuer, dans la mesure de leurs moyens, à tous ces louables efforts, pour montrer que si le drapeau de la science ne connaît pas de frontières, celui de la bienfaisance n'en connaît pas non plus.

L'idée défendue de toutes parts par les sociétés d'assistance, que les pauvres seuls doivent être soignés et hospitalisés gratuitement, a été, à l'Hôpital International, mise tout spécialement en pratique et les fondateurs ont tenu à faire disparaître la *mendicité hospitalière*.

Le docteur Bilhaut expose ensuite les services déjà rendus aux malades et aux étudiants, tant au point de vue de l'enseignement, que des soins généraux et spéciaux, par l'Hôpital International. Il décrit d'une façon très intéressante l'infirmerie de la Polyclinique et le fonctionnement des différents services. Plus de 6.000 consultations ont été données à la Polyclinique, et des observations de la plus haute valeur ont été publiées dans les divers journaux scientifiques. Il annonce que des leçons théoriques et pratiques sont régulièrement faites dans le grand amphithéâtre, tant pour les élèves en médecine, que pour les infirmières, ambulanciers et secouristes ; et il ajoute qu'une œuvre spéciale, dite Œuvre de l'Hôpital International, vient d'être créée et que les statuts en seront envoyés prochainement à tous ceux qui s'intéressent à la bienfaisance.

Les communications de MM. Aubeau et Bilhaut

ont été accueillies par d'unanimes applaudissements.

A l'issue de cette cérémonie, après la visite des locaux de la Polyclinique, un lunch est offert aux invités qui partent de l'hôpital, en emportant l'impression qu'ils viennent de parcourir non pas un cloître, comme la plupart des hospices, mais une maison dans laquelle rien n'a été négligé pour laisser dans l'esprit des malades qui la quittent, un souvenir de bien-être et de confort.

Services de la polyclinique.

Chirurgie et gynécologie : Dr *Aubeau*. Chirurgie et orthopédie : Dr *Bilhaut*. Maladies de l'estomac : Dr P. *Cornet*. Yeux : Dr *Jocqs*. Rhinologie et Laryngologie : Dr *Astier*. Maladies urinaires : Dr *de Pezzer*. Accouchements : Dr *Duloroy*. Médecine : Dr *Roussel*. Enfants : Dr *Fouquet*. Massage : Dr *P. Archambaud*. Electricité : Dr *Peisson*. Maladies des femmes : Dr *Leblond*.

— Le Congrès de Rome est fixé d'une façon définitive à la semaine de Pâques et aura lieu du 29 mars au 5 avril 1894.

— Le Préfet du Loiret a adressé à M. *Henri Monod*, directeur de l'Assistance publique et de l'hygiène, les règlements du service d'Assistance, élaborés par notre confrère M. le Dr *Gassot*. Ils serviront de modèles aux départements qui n'admettront pas le libre choix du médecin par l'indigent, faculté qui, selon nos confrères du Loiret, présente de sérieux inconvénients pour le bien du service et les oblige à des pertes de temps considérables.

— *Exercice illégal de la médecine en Angleterre.* — Il y a quelque temps s'installaient à Londres quatre oculistes venus des Indes et prétendant connaître de merveilleux secrets. Grâce à une réclame bien faite, leur clientèle ne tarda pas à devenir très considérable, quoique leur science se composât surtout de beaucoup d'impudence, et de pratiques plus ou moins dangereuses.

Poursuivis devant la cour criminelle par « *The London and County medical protection Society* », ils furent acquittés, parce qu'ils n'avaient jamais usurpé le titre de docteurs, mais qu'ils se donnaient franchement pour des empiriques. Ils auraient été condamnés, s'ils s'étaient faits passer pour médecins.

En Angleterre, ce n'est donc pas l'exercice illégal de la médecine qui peut être puni, mais seulement l'usurpation de titre.

— *Analogie du raisin et du lait.* — Le raisin est parfois employé en thérapeutique, à la dose de plusieurs livres par jour, en remplacement du lait mal supporté, pour provoquer une diurèse abondante. Il est également employé dans certains troubles digestifs. Cela tient, dit la *Médecine moderne*, à ce qu'il y a une grande similitude de composition entre le lait de femme et le jus de raisin. Voici quelle en est la composition pour 100 parties.

	Lait	Raisin
Matières albuminoïdes azotées	1.5	1.7
Sucre, gomme	11.0	12 à 20
Substances minérales	0.4	1.3
Eau	87.0	75 à 83

— *Maladies des oreilles, du nez et du larynx.* — Le Dr Baratoux commencera un cours pratique le mardi 28 novembre, à 2 heures, à sa clinique, 33, rue Saint-André-des-Arts, et le continuera les samedis et les mardis suivants à la même heure.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3832. — M. le Dr Rascol, de Mirepoix (Ariège), présenté par M. le Directeur.

N° 3833. — M. le Dr Mourret, à Bray-sur-Seine (Seine-et-Marne), membre de l'Association des médecins de Melun, Fontainebleau et Provins.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer, à nos lecteurs, le décès de M. le Dr Monceaux, de Paris, membre du Concours médical.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
Place de l'Ecole de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Hygiène des Fiancés, par le Dr Jacques Nattus. Net franco 2.40 pour 3 fr.

Ce manuel sur l'hygiène des fiancés est fait avec esprit ; il contient en outre d'excellents préceptes ; et le lecteur y trouvera de très bons renseignements. Ce petit livre sera lu utilement par les fiancés, et même par les médecins.

(*Progrès médical.*)

Petit et Collin, médecins-majors de l'Armée. — **Guide militaire des étudiants, des médecins et pharmaciens de Réserve et de l'Armée Territoriale.**

Les auteurs, qui se recommandent par leur situation spéciale et leurs travaux antérieurs, ont rédigé sous ce titre et d'après les réglementations les plus récentes, un manuel complet de législation et d'administration militaires à l'usage des étudiants, des pharmaciens et de leurs confrères civils, pour lesquels il constituera un vade-mecum précieux.

Dans la première partie, MM. Petit et Collin ont traité, sous forme de leçons, et en suivant rigoureusement les indications des programmes ministériels, toutes les matières demandées aux examens que sont tenus de subir : les étudiants, pour l'obtention du grade de médecin auxiliaire ; les médecins et pharmaciens, pour l'avancement dans la hiérarchie de la Réserve et de l'Armée territoriale.

Dans une deuxième partie, sont rassemblés les lois, décrets, règlements, etc., relatifs aux rapports des étudiants et des médecins et pharmaciens avec les autorités militaires.

Ce livre, qui épargnera aux intéressés des recherches difficiles dans des publications spéciales du Ministre de la Guerre, leur sera d'un grand secours, tant pour la préparation de leurs examens que pour la connaissance et l'application de leurs devoirs et de leurs droits, pendant les périodes d'appel et dans l'intervalle des convocations.

L'ouvrage, illustré de figures dans le texte et de croquis hors texte, est expédié franco contre un mandat postal de la somme de 6 francs, adressé à M. le Directeur de la Société d'Editions scientifiques, à Paris, 4, rue Antoine-Dubois.

Nota. — Avec reliure souple : 7 fr. 50. Cette reliure, extrêmement résistante, permet de mettre le manuel en poche sans jamais le détériorer.

Net 4.80 ou 6 francs pour MM. les membres du Concours médical.

Bureau (Dr), professeur agrégé d'accouchement. — **Guide pratique d'accouchement**, conduite à tenir pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couche. Bel in-8° de 420 pages avec figures. 6 fr.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »
FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE

DE LA

Société civile du « CONCOURS MÉDICAL »

19 NOVEMBRE 1893

La séance est ouverte à trois heures et demie, sous la présidence de M. le Dr Cézilly.

Prennent place, au Bureau, les membres du Conseil de Direction, MM. les Drs Gassot et Maurat (1), le Conseil judiciaire, M. Lordereau, avocat, MM. les Drs Gauthier, de Luxeuil (Haute-Saône) et Rigabert, de Surgères (Charente), assesseurs.

Le Bureau se constitue en nommant secrétaire M. le Dr Maurat et secrétaires-adjoints MM. les Drs Huguenin et Hervouet.

M. le Dr Cézilly expose que les formalités statutaires ont été remplies, que la convocation de l'Assemblée a été faite en temps opportun et l'ordre du jour publié dans le no 42 (21 octobre 1893), qu'enfin les rapports du Conseil de Direction et du Comité de rédaction ainsi que le rapport financier, ont paru au no 43 (28 octobre 1893).

Le Secrétaire énonce les lettres d'excuses des Membres du Concours empêchés d'assister à la réunion.

M. le Dr *Cézilly* ouvre la séance et s'exprime en ces termes :

Messieurs et chers Confrères,

Lorsque pour la première fois, il y a 14 ans, les membres du Concours médical se réunissaient, parmi les assistants se rencontrait un confrère, un député, — le seul peut-être qui, à cette époque lointaine, fît partie de notre Société. — Au banquet du soir, le premier aussi de nos repas confraternels, ce député, M. Chevandier, nous disait : « Le Concours médical a tracé les lignes d'une nouvelle forme d'Association ; vivre seul est mauvais : il faut s'associer pour s'assurer, dans le monde, la place légitime à laquelle le corps médical a droit pour défendre ses intérêts matériels et professionnels. Il vous appartient, Messieurs, de produire les cahiers de vos doléances. La politique n'interdit pas la confraternité ; elle la continue. En mon nom et en celui de mes collègues, médecins législateurs, je me mets entièrement à votre disposition et j'assume toutes les responsabilités de la solidarité médicale. » Pendant quatorze années, M. Chevandier fut à notre disposition et quand il vint, en 1892, nous confirmer le succès définitif de la loi qui porte son nom, il s'exprimait ainsi : « Si grande que soit la salle de notre banquet, je la remplirais certainement si j'exhalais le long soupir d'allégement dû au vote définitif de la loi par le Sénat. »

Nous ne pouvions prévoir alors que, bientôt, notre persévérant et vigoureux défenseur, exhalerait le dernier soupir du grand citoyen, du médecin méritant. La mort l'a frappé le lendemain de la victoire, et il convenait qu'aujourd'hui le Directeur du Concours vînt renouveler, devant vous, l'expression du suprême hommage qu'il a été appelé à rendre au sénateur Chevandier, au nom de notre Société et au nom de l'Union des Syndicats, sur sa tombe, le 12 janvier 1893. Son souvenir nous sera toujours cher. (*Applaudissements*.)

Les médecins législateurs, membres de notre Société, sont nombreux ; on en compte quatorze ; nous trouverons, j'en suis persuadé, en eux, l'appui qu'ils ne sauraient refuser à la profession qu'ils exercent, profession dont les services publics, sans cesse renouvelés, sont un de leurs premiers titres à la confiance de leurs électeurs. Ils en bénéficient ; ils voudront, comme Chevandier, nous rendre tous les bons offices en leur pouvoir, et ce soir, au banquet, nous les leur réclamerons, car nous avons besoin de l'intervention de tous nos amis. En effet, les lois médicales votées et à voter sont nombreuses et nous allons, dans un avenir prochain, assister au développement de leurs tendances.

De la loi Chevandier, nous n'aurons que des bienfaits ; nous n'aurons peut-être pas complète satisfaction : à la pratique, devant la magistrature, notamment, on trouvera le moyen d'éluder, en partie, la portée des articles qui visent la répression de l'exercice illégal, si funeste à la santé publique. Il faudra faire pénétrer, dans l'esprit du public, l'idée que cette répression n'est pas dictée par l'intérêt du médecin ; que le législateur, en l'édictant, a eu un but plus élevé, l'intérêt général. Il faudra, lorsqu'une décision judiciaire, contraire à l'esprit de la loi, viendra à se produire, que les ressources de notre Société, l'initiative de ses membres, les ressources et l'initiative des membres des syndicats, soient consacrées à

(1) M. le Dr Gibert, rappelé par un télégramme, avait dû repartir le matin.

l'appel de ces décisions devant une juridiction plus élevée, de manière à redresser les interprétations erronées.

Il faudra aussi que la suppression du second ordre des médecins soit facilitée par des mesures équitables, qui tiennent compte aux officiers de santé de leur pratique antérieure et du peu de préjudice que la faculté d'accession au doctorat, peut porter aux docteurs en médecine. Une première décision fiscale qui les concerne me paraît regrettable. Les officiers de santé n'ont pas, en général, une grande aisance et on débute en leur réclamant une somme de mille francs, comme rançon de leur nouveau titre. Il est certes équitable, qu'ils versent, comme les docteurs, cette somme ; mais ne pourrait-on en déduire celles qu'ils ont déjà versées pour leurs inscriptions et leurs examens d'officiat ?

Cette question n'est pas du ressort du *Conseil supérieur de l'Instruction publique*, c'est une question fiscale. Il est peut-être encore temps de la faire modifier ; car, si on la maintient, bien des officiers de santé, capables et prêts à faire des efforts, seront arrêtés par la somme à verser. Je crois pouvoir affirmer que, pour les *étrangers*, au moins avant la loi Chevandier, ce n'est pas à titre onéreux qu'on les dispensait de la plus grande partie des épreuves. Si je me trompe, si les étrangers sont dispensés, en payant, n'est-il pas équitable, pour nos concitoyens, d'être moins rigoureusement traités que les étrangers et de voir déduire les frais d'officiat des frais du doctorat. Remarquez que ce n'est pas mille francs que les officiers de santé auront à verser ; il leur faudra verser, encore, les frais d'examen et de thèse. C'est, nous a écrit le Doyen de la Faculté, au Ministère des finances et au Conseil d'Etat qu'il conviendrait de nous adresser, dans cette occurence. Le Conseil de Direction est prêt à faire les démarches nécessaires. (*Assentiment général*).

La *loi d'assistance*, la loi de la médecine des indigents, est enfin votée. Elle sera, selon l'application qu'on va en faire, d'un grand effet social. Il faut, pour qu'elle produise les heureuses conséquences qu'on est en droit d'en attendre, que les médecins ne désertent pas leur propre cause ; qu'ils interviennent avec ensemble, auprès des Conseils généraux de chaque département ; qu'après s'être concertés sur un plan uniforme, mais adapté aux régions, ils fassent comprendre aux conseils électifs qu'un service, pour être efficace, ne doit pas être concentré en quelques mains ; qu'il doit être confié à tous les médecins qui consentiront à y participer et qu'une rémunération suffisante soit attribuée aux pénibles fonctions du médecin d'assistance.

L'Etat, les départements, les communes, ne disent plus, comme par le passé : c'est au médecin qu'incombe le devoir de sacrifier son temps — son seul argent bien souvent — au service des pauvres. Ils reconnaissent que ce devoir est celui de tous les citoyens vis-à-vis des deshérités. En conséquence, puis qu'ils veulent payer, il faut qu'ils mettent, au moins les pupilles de la société au rang des ouvriers qui payent leur médecin, tant qu'ils sont à même de gagner leur salaire. Ce sera donc le taux de la visite à l'ouvrier qui, dans un avenir peu éloigné, devra être celui de la visite à l'indigent, relevé de sa condition malheureuse, par le puissant appui de la collectivité.

Les médecins d'assistance qui rempliront avec conscience leur devoir, auront donc, bientôt, à leur disposition, un petit budget supplémentaire, qui leur permettra, s'ils le veulent, d'entrer dans la voie de l'*assurance sur la vie*, soit à terme fixe, pour protéger eux et leur famille, soit au décès, pour l'unique protection de leur famille, à laquelle, si souvent, ils ne laissent que des larmes pour les pleurer. (*Applaudissements.*)

Ces modestes aspirations sont légitimes et les membres du Concours devraient, dans chaque département, s'unir pour nous aider à les mettre en pratique, de concert avec les Syndicats de leur région et, à leur défaut, en constituant une commission départementale, afin de s'aboucher avec l'administration.

Une autre loi, celle de la *protection de la santé publique*, est aussi sur le chantier législatif.

Elle ne peut avoir que notre approbation, dans la majeure partie de ses prescriptions. Elle arme la Société et l'exécuteur des lois de l'hygiène, le médecin. Comme pour la loi d'assistance, qui n'admet le médecin dans ses rouages, qu'à titre consultatif, il est assez surprenant que cette protection de la santé publique ne donne pas au médecin le titre du rôle prépondérant qu'il remplira en réalité. C'est lui qui est le véritable ministre de l'hygiène, puisque, seul, il est le dépositaire, l'interprète des prescriptions que l'hygiène commande. La déclaration des maladies épidémiques et contagieuses n'aura guère les inconvénients qu'on a redoutés, et si, une fois, cette prescription de la déclaration pouvait contraindre le médecin à en violer la rigueur, sûrement les tribunaux apprécieraient d'une façon équitable, une rebellion apparente, qui d'ailleurs n'aura guère l'occasion de se manifester, puisque la loi ne recherche que le salut de tous. (*Assentiment unanime.*)

En ce qui concerne la *loi sur l'exercice de la pharmacie*, je me contenterai de dire qu'on prête, au gouvernement, à tort je le souhaite, le projet de combattre l'article qui supprime les pharmaciens de 2e classe. J'ai espéré les plus heureux résultats de cette mesure. Il n'est nullement souhaitable que les pharmacies, déjà trop nombreuses pour faire vivre convenablement leurs titulaires, se multiplient. Un pharmacien qui vient s'établir dans une localité nouvelle, porte préjudice à ses collègues voisins et aux médecins qui ajoutent à leur maigre clientèle le produit accessoire d'un peu de pharmacie. Si, négligeant l'intérêt des médecins et des pharmaciens, on envisage cette multiplication au point de vue de la santé publique, on ne peut la considérer comme souhaitable, puisque, pour rapprocher le client du pharmacien, on s'expose à voir celui-ci, en raison de sa trop faible clientèle, contraint à rechercher les économies sur l'achat des substances, qui, d'ailleurs, peu renouvelées, seront aisément altérées. Inutile d'insister ; mais il convient aussi de considérer que la création des pharmacies des communautés aura, pour bien des départements, l'inconvénient majeur de favoriser, sur une grande échelle, l'exercice illégal de la médecine par les religieuses.

Que les pharmaciens concèdent les modifications très acceptables proposées par le Dr Gassot, aux articles 11 et 12, ainsi que sur d'autres points accessoires, et cette entente permettrait d'arriver à une solution satisfaisante. Personne ne peut refuser au corps médical le droit de faire entendre sa voix, sinon sur les questions d'organisation intérieure de la pharmacie, du moins sur les rapports existant entre médecins et pharmaciens.

Le *Concours médical*, dans l'année qui vient de s'écouler a fait des progrès considérables et il a, en toutes circonstances, affirmé sa ferme volonté de poursuivre ses diverses entreprises professionnelles. Une centaine de nouveaux membres se sont joints à nous et un nombre, relativement élevé, de simples abonnés font leur apprentissage de nos tendances, de nos vues, et deviendront, sûrement, des adhérents convaincus. Laissez-moi, chers confrères, revenir à mon adjuration perpétuelle : procurez à notre Société des adhésions. C'est rendre service aux médecins qu'on sollicite, puisque vous ne faites que des entreprises utiles à tous, et c'est servir les intérêts de notre Association, en lui conférant plus de ce crédit qui ne s'attache qu'aux Sociétés nombreuses, puissantes, par conséquent, pour le bien qu'elles recherchent.

Laissez-moi passer en revue, d'une façon très sommaire, quelques-unes de vos œuvres :

Je ne parlerai pas des *Syndicats* que vous avez créés ; leur développement est à peine à son aurore. En 1883, nous en comptions plus de 120. Ils furent condamnés, à cette époque, par la magistrature, qui vous refusait le bénéfice de la loi du 21 mars 1884: ce sera l'honneur et le mérite des *présidents de l'Union*, d'avoir pu, sous le régime de la tolérance, maintenir les Syndicats sur la brèche professionnelle, pendant dix longues et difficiles années, jusqu'au jour où nous avons pu, par la *loi Chevandier*, faire consacrer leur existence légale. Ils vont maintenant, au grand jour, prendre les développements que, sûrement, leur principe comporte.

La *Caisse de prévoyance des assurés sur la vie*, membres du Concours médical, est pourvue d'un capital de plus de 10.000 fr., qui lui permet de rendre amplement les services qu'elle a en vue et les intérêts s'accumulent peu à peu.

La *Caisse des pensions de retraite*, avec les 500.000 fr. qu'elle aura conquis en 10 années, va, en 1894, distribuer ses premières pensions et faire, en Assemblée générale, quelques modifications à son organisation, que suggère l'expérience.

Une autre de nos fondations : La *Société de protection des victimes du devoir*, possède, elle aussi, un capital d'une dizaine de mille francs, qu'elle tient prêt, pour soulager, comme elle l'a fait, cette année, par une allocation de *mille francs*, les médecins, quels qu'ils soient, qui, victimes de leur dévouement, resteraient infirmes, ou s'ils avaient succombé, pour venir en aide à leurs familles.

La *Société civile du Concours médical* possède, au 1er octobre, 36.000 francs. Les 35.000 fr. rendus indisponibles, par ses statuts, s'accroissent chaque année de près de mille francs, par l'abandon, à son profit, que fait le directeur, de la première année d'abonnement des nouveaux adhérents.

Les ressources annuelles disponibles en vue de nos œuvres professionnelles à créer, consistent dans l'intérêt des 35.000 fr., dans les dons que reçoit le *Concours*, dans le produit des services qu'il a établis en faveur de ses membres, et ces diverses sommes lui constituent un budget annuel de trois mille francs qu'il consacre en entier, chaque année, à ce qu'il veut mener à bien.

Il vous est loisible, chers confrères, d'accroître ces ressources en procurant des adhésions à notre Société, en recourant aux services qu'elle met à votre disposition et en prenant part aux œuvres qu'elle a fondées et à celle qu'elle va établir cette année.

En ce qui concerne le journal, il m'est permis de vous demander de vouloir bien recourir aux indications de sa publicité et de solliciter votre collaboration, plus fréquente, à la rédaction de sa partie scientifique et professionnelle. Jamais je n'ai négligé aucune occasion de rendre, de mon côté, lorsqu'on me les demande et qu'ils sont en mon pouvoir, les légers services journaliers qu'on me réclame et ma correspondance particulière, au lieu de diminuer, ne fait que s'accroître chaque jour. (*Applaudissements.*)

M. le Dr *Maurat*, secrétaire-trésorier de la Société, donne lecture des comptes de l'année écoulée.

Situation financière de la Société civile du Concours médical.

CAPITAL NON DISPONIBLE

Recettes.

Au 1er octobre 1892, l'avoir non disponible de notre Société se décomposait ainsi :	
Portefeuille	33.780 90
Espèces	491 44
Depuis cette époque, 82 adhésions nouvelles à la Société ont produit une somme de. versés à notre caisse par M. le Dr Cézilly et représentant la 1re année d'abonnement au journal le *Concours médical*.	799 80
Ce qui porte les espèces disponibles à	1.291 25

Dépenses.

Sur cette somme il a été acheté deux obligations Ville de Paris 1886 libérées, nos 329007 –329008.	832 00
Droits de garde et de timbre. Mouvement du portefeuille	26 85
Total	858 85
Notre capital inaliénable au 1er octobre 1893 est donc :	
Portefeuille	34.612 90
Espèces	432 39
Total	35.045 29

CAPITAL DISPONIBLE

Recettes.

Au 1er octobre 1892, l'avoir disponible était de	849 52
Depuis cette époque notre portefeuille a produit	1.031 67
Il a été reçu dans le cours de l'année, en dons divers publiés au journal	390 00
Il a été perçu comme droits sur les remplacements (5 0/0)	876 50
Total	3.147 69

Passif.

Frais supplémentaires du Banquet	562 50
Frais de sténographie de la séance	55 00
Emploi d'un don avec affectation spéciale (divertissements qui ont suivi le banquet)	200 00
Frais de réunions et déplacements	500 00
Dépenses diverses pour la Société	51 05
Appointements du secrétaire (Employé de bureau)	50 00
Étude de la question :	
Indemnité de maladie. Questionnaire	574 82
Réunions préparatoires	295 20
Total	2.288 57
Balance en faveur de l'actif	859 12

Ce qui porte l'avoir total de notre Société au 1er octobre 1893 à :

Capital inaliénable		35.045 29
Capital disponible		859 12
Total		35.904 41

Caisse de prévoyance des assurés sur la vie.

Au 1er octobre 1892 :

Portefeuille		9.736 60
Espèces		79 13
Créance sur un membre participant		300 00
Total		10.115 73

Depuis cette époque il a été touché :

Coupons échus et soulte		292 82
1/5 obl. com. 1860 achetée à 101 fr. et remboursée		99 47
Total		392 29

Dépenses.

Frais de gestion	4 05	
Droits de garde	7 60	
		11 65
Balance en faveur de l'actif		380 64

Son avoir se décompose donc ainsi au 1er octobre 1893 :

Portefeuille		9.635 60
Espèces		459 77
Créance sur un membre participant		300 00
Total		10.395 35

Projet de budget pour 1893-94.

Actif.

Avoir disponible	859 12
Revenu du portefeuille (environ)	1.032 00
Droits sur les remplacements	800 00
Dons probables	308 88
Total	3.000 00

Passif.

Frais supplémentaires du banquet	600 00
Frais de réunion et déplacements	500 00
Dépenses engagées pour l'Etude de la question indemnité de maladie	500 00
Somme mise à la disposition du Conseil de direction	1,400 00
Total égal	3.000 00

M. le Dr *Cézilly* met aux voix l'approbation de ces comptes et du budget proposé,
Ils sont adoptés à l'unanimité.
M. le Dr *Mignen* propose de voter des félicitations à M. le Dr Maurat, trésorier, (*Applaudissements.*)

Assistance médicale gratuite.

L'ordre du jour appelle la discussion de l'organisation du service de l'assistance médicale dans les campagnes.

M. le Dr *Millet Lacombe*, de St-Pardoux (Dordogne), expose les difficultés qu'auront certains départements à organiser le service d'assistance. Dans la Dordogne, il ne voit pas comment on pourra trouver des médecins pour toutes les communes et, si l'on crée des hôpitaux cantonaux, il sera parfois impossible de leur donner un médecin.

Il prie ses confrères de publier des projets d'organisation dans lesquels pourront puiser les départements dépourvus de toute organisation et souvent fort en peine d'en créer une.

M. le Dr *Jeanne*, de Meulan (Seine-et-Oise), répond que diverses organisations en vigueur ont déjà été publiées ; il cite l'organisation du Loiret, celle de Seine-et-Oise, celle de la Loire-Inférieure. Il y a là plusieurs systèmes qui méritent un examen sérieux. Le service paraît y fonctionner d'une manière satisfaisante, on pourra leur faire de fructueux emprunts.

M. le Dr de *Font-Réaulx*, de Saint-Junien (Haute-Vienne), cite l'organisation de la Haute-Vienne à laquelle il a pris une part importante. Il a demandé à la Préfecture de réclamer les règlements de tous les départements pourvus d'un service : des nombreuses réponses parvenues, on a extrait les mesures susceptibles d'être acceptées dans la Haute-Vienne et avec elles on a élaboré un règlement qui a été voté par le Conseil Général.

Il faut imiter cet exemple et on arrivera partout à déterminer l'organisation qui répondra le mieux aux convenances locales.

M. *Gauthier*, de Luxeuil (Haute-Saône), appelle l'attention de ses confrères sur quelques points qu'il considère comme capitaux.

Le transfert des malades à l'hôpital se fera sur le certificat du médecin, mais ce certificat devra être visé par le Président du Bureau d'Assistance, c'est-à-dire par le maire ; or, les maires, pour

atténuer les dépenses des communes, refuseront souvent de viser le certificat. Il faudra que la jurisprudence fasse appliquer la loi, et les médecins devront intervenir activement pour l'établissement de cette jurisprudence.

Un second point important, c'est la confection de la liste des indigents. Elle sera arrêtée par le Maire et le Conseil municipal, et le médecin ne comptera pas : d'abord il ne pourra se rendre dans tous les Bureaux d'Assistance, où sa voix ne sera que consultative ; ensuite le Conseil municipal pourra ne pas tenir compte de ce qui aura été arrêté par les Bureaux. Dans ces conditions, il conseille vivement aux médecins de s'abstenir complètement : le résultat sera le même et ils s'éviteront des ennuis de toute sorte.

Le service constituera toujours un sacrifice plus ou moins lourd pour le médecin, aussi celui-ci doit-il ne pas aliéner son indépendance. Le système qui donnera les meilleurs résultats sera celui qui assurera la liberté du malade et la liberté du médecin. L'indigent pourra choisir son médecin, donc pas de récriminations, et le médecin sera libre de refuser ses soins, donc pas de contrainte.

Enfin ce qu'il faut obtenir avant tout, c'est que la contribution pécuniaire de la commune soit proportionnelle au nombre des indigents inscrits ; il ne faut pas que pour une somme fixe les communes puissent allonger indéfiniment leurs listes.

M. le Dr *Gassot* répond que ce dernier principe est inscrit dans la loi et qu'à l'avenir, aucune commune ne pourra s'en affranchir.

M. le Dr *Cézilly*, résumant la discussion, dit que plusieurs systèmes d'assistance sont en présence : le système Landais, repris, dans ses études, par M. le Dr Mignen et successivement appliqué dans les Vosges, la Loire-Inférieure, la Haute-Vienne, etc...., le système des circonscriptions appliqué notamment dans le Loiret. Tous présentent leurs avantages et leurs inconvénients : c'est aux médecins de chaque département qu'il appartient de peser le pour et le contre et de se décider suivant les nécessités locales.

Le Concours Médical a déjà publié plusieurs organisations, il continuera à mesure que des projets nouveaux lui seront envoyés. Les documents seront donc nombreux, et tout le monde y trouvera son compte. (*Assentiment général.*)

Caisse d'indemnité en cas de maladie.

L'ordre du jour appelle la discussion de la création d'une caisse d'indemnité en cas de maladie pour les médecins.

M. le Dr *Cézilly* fait l'historique de la question. Il rappelle qu'elle est à l'étude depuis 8 à 9 ans, que, soulevée par le Concours Médical, elle a été portée devant l'Association Générale qui paraissait désignée pour la mettre à exécution.

Tous se souviennent des efforts faits pour vaincre les préjugés du Conseil Général et du demi-succès obtenu par l'intervention de M. le Président Lannelongue : malheureusement tout fut inutile et il est démontré péremptoirement qu'on ne peut plus compter sur l'Association Générale.

Dans ces conditions, il faut se ranger à l'opinion de ceux qui, comme le Dr Gassot, ont toujours soutenu que l'œuvre ne pourrait être menée à bien que par le Concours Médical. L'Assemblée de l'an dernier avait donné mission au Conseil de Direction de faire le nécessaire, le Conseil vous apporte un projet à discuter.

Le succès de l'Association Anglaise, celui de la Société Gallet-Lagoguey, sont d'ailleurs un précieux encouragement.

Appel a été fait, vous le savez, à tous les membres du Concours au moyen d'un questionnaire ; malheureusement les réponses obtenues n'ont été ni assez nombreuses, ni assez précises pour permettre d'en faire découler la nouvelle organisation. On a recouru alors aux lumières d'un homme spécial, d'un actuaire habitué aux calculs de cette sorte et à l'interprétation des tables de morbidité et de survie.

Nous avons cherché avant tout une organisation qui fût à la portée de tous et, sur ces bases, des calculs rigoureux ont été établis ; les articles des statuts ont été revisés avec soin ; nous sommes donc en mesure de vous affirmer que le projet est viable et nous espérons que vous voudrez bien l'agréer.

Nous avons adopté le titre d'*Association amicale des Médecins Français*, afin de classer l'œuvre dans une catégorie connue de sociétés et nous assurer en même temps toute la liberté que cette catégorie comporte.

Le vote de l'article 1er du projet équivaudra à l'adoption du principe de l'œuvre, nous pouvons donc immédiatement commencer la discussion des statuts. (*Assentiment.*)

Des exemplaires du projet de statuts sont distribués à tous les membres présents.

I

Association, son but, son siège.

Article premier. — Sous le patronage de la Société du Concours médical, qui a fait les premiers frais d'études, il est établi une société dite *Association amicale des médecins français*, à laquelle pourront seuls accéder les médecins Français diplômés dans une Faculté française.

M. le Dr *Archambaud*, de Paris, trouve qu'il serait mieux de dire : *sur l'initiative de la Société du Concours médical.*

M. le Dr *Cézilly* répond qu'on peut maintenir : *sous le patronage*, car la Société du Concours ne se désintéressera jamais de la nouvelle Société.

M. le Dr *Mignen* pense qu'on peut dire : *sur l'initiative et sous le patronage*. Cette dernière proposition est adoptée, ainsi que l'article premier ainsi modifié :

Art. 2. — Elle a pour but d'allouer une *indemnité pécuniaire* aux membres qui la composent, placés par un *accident ou par la maladie*, dans l'impossibilité d'exercer leur profession, soit temporairement, soit d'une façon permanente. — *Adopté*.

Art. 3. — La durée de la Société est illimitée, ainsi que le nombre de ses membres. — *Adopté*.

Art. 4. — Le siège de la Société est à Paris et provisoirement 23, rue de Dunkerque. — *Adopté*.

Art. 5. — La Société s'interdit formellement toute discussion politique ou religieuse, ainsi que tous actes étrangers à son but. — *Adopté*.

II

Sociétaires. Leurs obligations.

Art. 6. — Les sociétaires prennent l'engagement de se conformer aux présents statuts et d'en assurer, au besoin, l'exécution. — *Adopté*.

Art. 7.— Les sociétaires doivent, en entrant dans l'Association, signer une déclaration d'âge et de bonne santé : ils subissent d'ailleurs un examen médical.

M. le D^r de *Font-Réaulx* ne comprend pas la *déclaration de bonne santé* : une déclaration faite par l'intéressé lui-même est illusoire.

M. le Dr *Maurat* répond que cette formalité est exigée par les assurances sur la vie : elle ne présente d'ailleurs aucun inconvénient.

M. le Dr *Laburthe*, de Paris, demande la suppression de la déclaration de bonne santé : si on demande à entrer dans la Société, c'est qu'on croit être en bonne santé.

M. le Dr *Cézilly* met aux voix la suppression des mots : *et de bonne santé*.

Elle est adoptée.

L'article 7 ainsi modifié est adopté.

Art. 8. — La limite d'entrée dans la Société est fixée à 64 ans.

Le montant de la cotisation annuelle varie avec l'âge d'entrée.

Un membre proteste contre la fixation de la limite d'entrée : il trouve souv erainement injuste d'exclure les confrères arrivés à l'âge où l'indemnité leur sera le plus nécessaire.

M. le Dr *Maurat* répond que cette limite d'âge est la conséquence de la mesure qui supprime l'indemnité à partir de 65 ans.

Le même Confrère dit que précisément cette mesure doit être modifiée : il fait ressortir le cas d'un médecin qui aura pu cotiser pendant 15 ou 20 ans sans être malade, et qui arrivé à 65 ans sera exclu.

M. le Dr *Cézilly* répond que cette exclusion est une nécessité qui ressort des calculs de l'actuaire : au delà de 65 ans on tombe dans l'inconnu et il est impossible de rien prévoir. Il faudrait dans tous les cas augmenter le tarif dans des proportions considérables et ce serait là un inconvénient plus grand encore. D'ailleurs, à 65 ans, on a plutôt besoin d'une retraite que d'une indemnité en cas de maladie. Dans l'œuvre anglaise et pour d'excellents motifs, le versement des cotisations cesse à 65 ans.

M. le Dr *Gassot* ajoute qu'on peut toujours s'assurer cette retraite en cotisant à la caisse des pensions de retraite du corps médical français.

M. le Dr *Archambaud* préférerait qu'on augmentât les cotisations pour continuer le service de l'indemnité au delà de 65 ans.

M. le Dr *Maurat* fait remarquer que, pour assurer le succès de l'œuvre, le nombre est nécessaire, et que l'élévation considérable des cotisations, qui s'imposerait, aurait précisément pour effet de diminuer le nombre des adhérents.

M. le Dr *Gassot*. Si, plus tard, on reconnaît la possibilité de faire mieux encore, rien ne s'opposera à ce qu'on étudie une combinaison qui permette de prolonger le droit à l'indemnité.

L'article 8, mis aux voix, est adopté.

Art. 9. — Tout sociétaire est libre de se retirer, sur simple déclaration, adressée, par lettre recommandée, au président du Conseil d'administration. — *Adopté*.

Art. 10. — Les sociétaires qui sont en retard de six mois, pour le payement de leur cotisation, cessent de droit de faire partie de la Société.

Ils ne peuvent y rentrer qu'après un nouvel examen médical et dans les conditions des nouveaux adhérents.

M. le Dr *Archambaud* demande que la cessation de la participation après six mois de retard n'ait lieu qu'*après une mise en demeure de payer la cotisation*.

M. le Dr *Monin*, de Paris, demande la suppression des mots : *et dans les conditions des nouveaux adhérents*.

M. le Dr *Maurat* répond que cette dernière disposition est nécessaire, car un confrère qui a cessé de cotiser pendant un temps plus ou moins long ne peut rentrer avec sa cotisation antérieure.

M. le Dr *de Font-Réaulx* trouve qu'il serait plus humain de supprimer le nouvel examen médical.

M. le Dr *Maurat* répond que ce serait ouvrir la porte aux abus et aux fraudes : un confrère qui sentirait sa santé ébranlée s'empresserait de rentrer dans la Société. Il peut paraître rigoureux d'édicter tant de précautions, mais il s'agit d'une affaire, et les précautions prises ne seront jamais trop nombreuses.

M. le Dr *Gassot* propose la division de l'article pour le vote, car tout le monde a paru d'accord pour donner satisfaction à la réclamation de M. Archambaud.

Les sociétaires qui sont en retard de six mois pour le paiement de leur cotisation et qui, mis en de-

meure par une lettre recommandée, ne seront pas acquittés, cessent de droit de faire partie de la Société. — *Adopté.*

Le second paragraphe est adopté sans modifications et l'ensemble de l'article est à son tour adopté.

Art. 11. — Tout retard quelconque, de moins de six mois, dans le payement de la cotisation, entraîne la suspension momentanée du droit à l'indemnité en cas de maladie ; lequel droit ne sera acquis de nouveau qu'un mois après que le sociétaire se sera libéré.

M. le Dr *Hervouët* croit qu'il faudrait fixer un retard minimum.

M. le Dr *Richard*, de Lille (Nord), voudrait qu'on fît toucher les cotisations par la poste; ce serait le moyen d'éviter les retards involontaires.

M. le Dr *Maurat* fait remarquer que le recouvrement par la poste serait onéreux pour la Société et augmenterait singulièrement la tâche du trésorier : il faudrait envoyer un avis préalable, puis dresser un bordereau spécial, envoyer par lettre recommandée, etc...

M. le Dr *Lassalle*, de Lormont (Gironde), ne voit pas l'utilité de l'avis préalable.

M. le Dr *Maurat* répond que si on l'omet, la quittance reviendra le plus souvent impayée.

M. le Dr *Gassot* dit que dans la pratique on enverra un avis préalable sous forme de circulaire imprimée ; ce ne sera pas une dépense et ce sera le moyen de rafraîchir les mémoires.

M. le Dr *Hervouët* propose la rédaction suivante : *Tout retard de plus d'un mois et de moins de six mois.*

Cette rédaction est acceptée et l'article 11 ainsi modifié est adopté.

Art. 12. — La Société n'alloue aucune indemnité pour les suites de *duel* ou de tentative de suicide.

M. le Dr *Cézilly* combat cet article, tout au moins en ce qui concerne la tentative de suicide. Les médecins savent qu'il s'agit là d'une impulsion maladive et ils doivent protester contre l'habitude qu'ont toutes les Sociétés de ne pas tenir compte de ce fait.

M. le Dr *Hervouët* dit qu'il faudrait qu'un examen médical spécial permît de rechercher les antécédents morbides dans le cas de tentative de suicide.

M. le Dr *de la Rochefordière*, de Paris, combat l'article, en ce qui concerne le duel.

Ce n'est pas par dilettantisme que le médecin ira sur le terrain, et d'ailleurs, ce n'est pas toujours une question d'honneur personnel qui est en jeu, ce peut être une question d'honneur professionnel.

La suppression de l'article 12, mise aux voix, est adoptée.

M. le Dr *Cézilly* fait remarquer que les numéros des articles vont se trouver changés, mais pour simplifier la discussion, on pourrait conserver les anciens numéros du projet; on les modifierait seulement après le vote définitif du projet. (*Assentiment.*)

Art. 13. — Tout sociétaire, qui quitte la France, perd momentanément ses droits à l'indemnité, pendant son absence.

(Le séjour en Corse et en Algérie n'entraîne aucune suspension des droits du sociétaire.) Les sociétaires sont tenus d'informer le président de tout changement de résidence.

M. le Dr *Lassalle* propose de supprimer les mots : *en Corse*, car la Corse est un département Français. (*Assentiment.*)

M. le Dr *Hervouët* demande pourquoi on élimine les médecins des colonies.

M. le Dr *Cézilly* répond que les causes de maladie y sont trop fréquentes et que, de plus, le contrôle est impossible.

Un membre demande si un médecin voyageant à l'étranger, en Suisse par exemple, perdra ses droits à l'indemité.

M. le Dr *Cézilly* dit que c'est une nécessité qui résulte de l'impossibilité du contrôle.

Il met aux voix l'article 13 avec la suppression des mots : *en Corse*.

L'article ainsi modifié est adopté.

M. le Dr *Gassot* propose un article additionnel visant les médecins militaires : ceux-ci ne peuvent être admis, tout le monde paraît d'accord sur ce point. Mais les médecins civils peuvent être appelés sous les drapeaux et il faut prévoir ce cas.

M. le Dr *Lassalle* appuie la proposition, mais fait remarquer que les périodes d'instruction de 28 ou de 13 jours ne doivent pas faire suspendre le droit à l'indemnité.

M. le Dr *Gassot* propose la rédaction suivante :

Art. Tout médecin tombé malade ou blessé sous les drapeaux et recevant de l'Etat les soins qui lui sont nécessaires, renonce au droit à l'indemnité.

Cet article additionnel est adopté.

Art. 14. — Tout sociétaire convaincu d'avoir causé, volontairement, un préjudice grave à la Société (tentatives de fraude) peut en être exclu par décision du Conseil d'administration, sauf appel devant l'Assemblée générale. — *Adopté.*

Art. 15. — Les sociétaires, démissionnaires ou exclus, n'ont aucun droit au remboursement des sommes versées par eux.

Un membre croit que les sommes ainsi versées, qui n'auront plus leur emploi normal pourraient être versées dans une caisse auxiliaire qui trouverait facilement son utilisation.

M. le Dr *Mignen* dit que cette caisse pourrait aider à compléter les cotisations des confrères momentanément gênés.

M. le Dr *Gassot* ajoute qu'on pourrait aussi peut-être donner des secours au delà de 65 ans.

M. le Dr *Cézilly* dit que tout le monde est d'accord, mais qu'il vaut mieux ne pas spécifier dans les statuts. On pourrait dire simplement :

Ces sommes, qui n'auront plus leur emploi normal, seront versées à une caisse auxiliaire destinée à atténuer dans la mesure du possible les rigueurs du règlement.

Cette disposition additionnelle est adoptée, ainsi que l'article 15, ainsi modifié :

III

Admissions. Cotisations.

Art. 16. — Pour être admis dans la Société, tout candidat doit présenter : 1° un certificat d'examen médical délivré par un médecin que lui désigne le Conseil d'administration ; 2° il doit présenter, ainsi qu'il est dit à l'art. 7, une déclaration d'âge signée par lui.
Le Conseil d'administration prononce sur son admission.

M. le Dr *Lassalle* dit que la déclaration d'âge sera avantageusement remplacée par un bulletin de naissance. (*Assentiment.*)

L'article 16 est adopté.

Art. 17. — Pour participer aux avantages de l'indemnité en cas de maladie, le sociétaire doit payer, chaque année, par semestre (1er janvier et 1er juillet) et d'avance, entre les mains du trésorier, qui en délivre quittance, une prime fixée, selon son âge, par le tableau ci-annexé.
L'âge se détermine par celui qu'on atteint au prochain anniversaire de naissance.

Un membre trouve la rédaction peu claire : il propose de mettre : *une prime invariable fixée par son âge d'entrée dans la Société* au lieu de selon son âge. (*Assentiment.*)

Un autre membre croit qu'il faudrait aussi dire : payer chaque année, *en deux fois* par semestre. Ce sont de simples modifications de rédaction, mais elles rendront l'article plus clair.

L'article 17 est adopté avec les deux modifications proposées.

M. le Dr *Cézilly* dit que le tableau a été dressé par l'actuaire chargé des calculs.

Il n'y a pas à le discuter : on ne peut que l'adopter.

AGE d'entrée.	PRIME ANNUELLE payable en 2 fois semestriellement et d'avance.	AGE d'entrée	PRIME ANNUELLE payable en 2 fois semestriellement et d'avance.	AGE d'entrée.	PRIME ANNUELLE payable en 2 fois semestriellement et d'avance.	AGE d'entrée.	PRIME ANNUELLE payable en 2 fois semestriellement et d'avance.
	fr.		fr.		fr.		fr.
25 ans	54 448	35 ans	64 592	45 ans	79 799	55 ans	98 943
26	55 205	36	65 901	46	81 554	56	101 012
27	56 021	37	67 260	47	83 348	57	103 103
28	56 897	38	68 669	48	85 184	58	105 209
29	57 830	39	70 127	49	87 057	59	107 320
30	58 821	40	71 628	50	88 962	60	109 455
31	59 867	41	73 175	51	90 902	61	111 586
32	60 971	42	74 768	52	92 871	62	113 716
33	62 126	43	76 087	53	94 871	63	115 853
34	63 337	44	78 080	54	96 894	64	117 974

M. le Dr *Gassot* demande que, pour simplifier, on supprime les centimes sur ce tableau : si le chiffre des centimes est inférieur à 50, on le supprimerait ; s'il est supérieur à 50, on forcerait jusqu'au franc suivant.

C'est ainsi qu'on dirait :	à 25 ans.......	54 fr.	au lieu de......	54 fr. 448
	à 26 »	55 »	»	55 fr. 205
	à 27 »	56 »	»	56 fr. 021
	à 28 »	57 »	»	56 fr. 897
	à 29 »	58 »	»	57 fr. 830

et ainsi de suite.

Cette proposition est adoptée et le tableau sera ainsi modifié.

Art. 18. — Lorsque le nombre des sociétaires aura atteint le chiffre de 300, l'assemblée générale pourra autoriser le versement de cotisation double, pour s'assurer double indemnité.
Quel que soit le nombre des sociétaires, il sera toujours possible de ne souscrire que 1/2 prime pour s'assurer 1/2 indemnité. — *Adopté.*

Art. 19. — Sauf les restrictions ci-dessus énoncées à l'art. 18, un sociétaire peut, à toute époque, augmenter la prime qu'il paye, à la condition d'être soumis à un nouvel examen médical.
Il a également le droit d'anticiper le payement de ses cotisations, mais il ne lui sera pas tenu compte de l'intérêt.

Un membre croit que l'article n'est pas suffisamment explicite : il faudrait stipuler que si on veut s'assurer double indemnité, on devra, (la première prime restant ce qu'elle était) payer la seconde selon le tarif de l'âge correspondant, au moment où l'on décide à doubler et non pas celle correspondant à l'âge d'entrée dans la Société. La chose va de soi, et l'article est adopté sans modifications.

Art. 20. — Si, dans l'avenir, la Société arrivait à se créer des réserves importantes, l'assemblée générale pourra, si elle le juge convenable, fixer un droit d'entrée pour les membres nouveaux.

Ce droit d'entrée devra être proportionné à l'âge — *Adopté.*

Art. 21. — Le droit à l'indemnité n'est acquis qu'à l'expiration du premier semestre de participation et après versement du second. — *Adopté.*

Art. 22. — Les sommes versées à un titre quelconque restent définitivement acquises à la caisse. — *Adopté.*

Art. 23. — La Caisse de la Société n'est engagée vis-à-vis de ses sociétaires que jusqu'à concurrence de son avoir. — *Adopté.*

Art. 24. — A toute époque de l'existence de la Société, une assemblée générale pourra modifier (en plus ou en moins) le tarif des cotisations à verser, même pour les membres déjà admis.

M. le Dr *Gassot* propose de modifier cet article et de le remplacer par la rédaction suivante :

Tous les six ans au moins, il sera dressé un inventaire de la Société, et si cet inventaire montre que les réserves se sont abaissées à un chiffre insuffisant, l'Assemblée générale pourra modifier le tarif des cotisations à verser même pour les membres admis.

Un membre trouve que le délai de six années est bien long et qu'il vaudrait mieux procéder plus souvent à l'inventaire.

M. le Dr *Maurat* répond que le terme de six ans est facultatif et que l'article proposé par M. Gassot dit : *tous les six ans au moins.*

La rédaction proposée par M. Gassot est adopté et remplacera l'article 24 du projet.

IV

Incapacité de travail. Indemnité.

Art. 25. — En cas d'incapacité de travail dûment constatée, la Société alloue à ses membres une indemnité quotidienne de 10 fr. pendant 60 jours après le 5e jour qui suit la déclaration de la maladie.

Au delà du 60e jour et quelle que soit la durée de la maladie, ou de l'incapacité de travail, le sociétaire reçoit 100 fr. par mois.

Cette première partie de l'article 25 est adoptée.

La seconde partie pourrait faire l'objet d'un article spécial. (*Assentiment.*)

L'incapacité de travail donnant droit à l'indemnité s'entend de l'impossibilité de sortir, pour faire des visites.

Les consultations dans le cabinet restent autorisées, sauf pour les médecins spécialistes ou ceux qui bornent l'exercice de leur profession aux consultations. Pour ces derniers il faut qu'il y ait impossibilité de tout travail.

M. le Dr *Archambaud* demande la suppression du mot *spécialistes* : l'article serait rédigé : *sauf pour les médecins qui bornent l'exercice de leur profession aux consultations.* Les conditions seront les mêmes pour tous.

L'article est adopté avec la modification demandée par M. Archambaud.

Art. 26. — Dans aucun cas, un sociétaire malade ne pourra toucher d'indemnité de maladie pour déplacements aux eaux, stations balnéaires ou hivernales même utiles au traitement.

M. le Dr *Duprada*, de La Réole, estime que si la cure aux eaux est nécessaire, l'indemnité doit être continuée.

M. le Dr *Maurat* répond que bien souvent, en se soignant eux-mêmes, les médecins donnent des consultations.

M. le Dr *Duprada*, dit que si un certificat médical constate la nécessité du traitement, et si le contrôle exercé par le Conseil d'administration prouve que le médecin malade n'exerce pas sa profession, ne donne pas de consultations, l'indemnité doit être servie.

M. le Dr *Maurat* propose la nouvelle rédaction suivante :

Le sociétaire malade ne pourra toucher d'indemnité de maladie pour déplacement aux eaux, stations balnéaires ou hivernales même utile au traitement, à moins d'une décision spéciale du Conseil d'administration et sous la condition expresse qu'il n'y donnera pas de consultations.

Cette nouvelle rédaction est adoptée et remplacera l'article 26 du projet.

Art. 27. — Une déclaration, certifiée exacte, par le médecin traitant, doit être adressée au correspondant de la Société pour la région, dès le début de la maladie, afin que le contrôle puisse en être fait en temps opportun

Même formalité doit être remplie, dans le délai de 3 jours, au moment de la guérison et de la reprise du travail, sous peine d'une amende de 2 fr. par jour de retard.

M. le Dr *Gassot* dit que les amendes seront versées dans la caisse auxiliaire. — *Adopté.*

M. le Dr *Lassalle* dit que les déclarations pourront être aussi adressées au Conseil d'administration. (*Assentiment.*)

L'article 27 est adopté.

V

Administration. Correspondants. Contrôle.

Art. 28. — La Société est représentée, dans chaque département, par les bureaux des syndicats ou associations médicales ; ou, à leur défaut, par un ou plusieurs correspondants, désignés par le Conseil d'administration. — *Adopté.*

Art. 29. — Ces représentants de la Société ont pour mission :

1° de recevoir les demandes d'admission ;

2° d'assurer la visite médicale et la délivrance du certificat demandé pour l'admission ;

3° d'assurer le contrôle de la durée de l'incapacité de travail ;

4° d'adresser au Conseil d'administration tous les renseignements qui peuvent lui être nécessaires.

M. le Dr *Lassalle* propose un article additionnel :

Le Conseil d'administration de la Société a toujours le droit de déléguer un médecin particulier pour procéder aux constatations qu'il juge nécessaires.

M. le Dr *Maurat* dit que cette disposition figurait dans le projet. Sa disparition tient à une erreur d'impression.

L'article additionnel est adopté.

Art. 30. — La Société est administrée par un *Conseil d'administration* de cinq membres, savoir : un président, un vice-président, un secrétaire des séances, un secrétaire général et un trésorier. — *Adopté.*

Art. 31. — Les fonctions des membres du conseil d'administration sont gratuites.

Toutefois, les frais de voyage des membres du Bureau, pour assister aux séances du Conseil, sont à la charge de la Société. — *Adopté.*

Art. 32. — Les membres sont élus par l'assemblée générale, au scrutin secret, et à la majorité absolue des votants, pour une durée de cinq ans.

Ils sont rééligibles.

Le vote par correspondance n'est pas admis.

Art. 33. — Le trésorier effectue les recettes, payements et placements de fonds, sous la surveillance du Conseil d'administration.

Les retraits de fonds déposés, ainsi que la vente des valeurs en portefeuille, ne peuvent être effectués qu'avec le visa du président ou du vice-président de l'Association.

M. le Dr *Lassalle* demande que pour les retraits de fonds la signature du trésorier soit visée par le Président *et* le Vice-président.

M. le Dr *Gassot* répond qu'en cas d'absence de l'un ou de l'autre il pourrait y avoir des difficultés : pour donner satisfaction à M. Lassalle, il propose d'ajouter simplement à l'article tel qu'il est rédigé : *et d'un autre membre du Conseil.*

Cette proposition est acceptée, et l'article 33 ainsi modifié est adopté.

Art. 34. — Deux membres élus, chaque année, en Assemblée générale, sont chargés du contrôle des opérations de la Société. Ils adressent, à l'Assemblée générale suivante, leur rapport sur la gestion du Conseil d'administration.

Ces contrôleurs peuvent, à toute époque de l'année, se faire présenter les procès-verbaux des réunions du Conseil, les inventaires ainsi que les registres de la comptabilité. — *Adopté.*

Art. 35. — Les fonds de la Société sont déposés dans une Caisse publique. Le trésorier ne peut conserver en caisse que la somme nécessaire aux menues dépenses courantes.

Il ne pourra être fait emploi des sommes disponibles qu'en valeurs de tout repos, telles que Rente Française, obligations des villes et départements français, des chemins de fer garanties par l'Etat, du Crédit foncier, etc., placements en 1re hypothèque sur immeubles. Ces placements sont décidés par le Conseil d'administration.

Un membre dit qu'il est bien entendu qu'il s'agit des chemins de fer garantis par l'Etat Français. (*Assentiment.*)

Un autre membre demande qu'on supprime les mots : *placements en première hypothèque sur immeubles*, car tout le monde sait que même dans ce cas on peut supporter des pertes.

M. *Lordereau*, conseil judiciaire, répond que ce serait priver la Société d'une source de revenus sérieux : à Paris les placements en première hypothèque sur immeubles de rapport sont absolument sûrs.

M. le Dr *Maurat* propose de modifier la rédaction et de dire : *placements en première hypothèque, sur immeubles de rapport, à Paris.*

Cette modification est acceptée et l'article 35 ainsi modifié est adopté.

Art. 36. — Les admissions partent du 1er janvier et du 1er juillet de chaque année.

Elles sont prononcées par le Conseil d'administration, qui se réunit au moins deux fois par an, en décembre et en juin.

M. le Dr *Gassot* demande que les admissions partent du 1er janvier, *du* 1er *avril*, du 1er juillet et *du* 1er *octobre*. Le Conseil d'administration se réunirait quatre fois : en décembre, *en mars*, en juin et *en septembre*. Pour les membres admis en avril et en octobre, le Conseil d'administration pourrait décider que le premier versement comprendrait les trois quarts de la prime de manière à ce que les versements ultérieurs rentrent dans l'ordre général, moitié en janvier, moitié en juillet.

L'amendement de M. le Dr Gassot est adopté. L'article 36 sera modifié en conséquence.

VI

Assemblée générale.

Art. 37. — Chaque année une assemblée générale des sociétaires, dont la date est fixée par le Conseil d'administration, est convoquée par les soins du secrétaire général, pour recevoir et approuver les comptes de gestion de l'année. — *Adopte.*

Art. 38. — Les convocations individuelles doivent être adressées, sous enveloppe fermée, au moins 15 jours avant la date choisie pour la réunion.

Ces convocations doivent contenir l'ordre du jour de la séance. — *Adopté.*

Art. 39. — L'assemblée générale statue souverainement sur toutes les questions. Elle délibère valablement, quel que soit le nombre des membres qui la composent.

Nul n'a le droit de s'y faire représenter.— *Adopté.*

Art. 40. — Le compte rendu des séances de l'assemblée générale annuelle est dressé par les soins du Conseil et publié dans le journal le *Concours médical.*

Un exemplaire est envoyé à chacun des membres de l'Association et aux principaux journaux de médecine. — *Adopté.*

Art. 41. — Des règlements intérieurs, délibérés en assemblée générale, détermineront, selon les circonstances, la mise en pratique de ces divers articles. — *Adopté.*

VII

Dissolution.

Art. 42. — La dissolution de la Société ne peut être prononcée que par une Assemblée générale spécialement convoquée à cet effet et à la majorité des trois quarts des membres présents.

La même Assemblée générale fixe l'emploi des sommes qui, au moment de la dissolution, constituent l'actif de la Société.

M. le Dr *Lassalle* voudrait que la dissolution ne pût être prononcée que si la moitié des membres de la Société l'avait demandée.

M. le Dr *Cézilly* répond que l'Assemblée devra être spécialement convoquée pour cela, et il est évident que le Conseil d'administration ne fera cette convocation que s'il ne peut faire autrement.

Un membre demande la suppression du dernier paragraphe ; l'Assemblée Générale n'a pas le droit de disposer de fonds appartenant à tous les sociétaires.

M. le Dr *Cézilly* met aux voix le paragraphe 1er de l'article 42. Il est adopté. Le second paragraphe, pareillement mis aux voix, est supprimé.

L'Assemblée décide que l'Association ne commencera à fonctionner que quand elle aura recruté cent adhérents.

L'ensemble du projet, mis aux voix, est adopté.

M. le Dr Cézilly demande à l'Assemblée de vouloir bien désigner un Conseil d'Administration provisoire. Ce Conseil ne serait élu que pour une année : il mettrait l'œuvre en marche et convoquerait la première assemblée générale des membres participants. Cette assemblée, à son tour, statuerait sur la gestion de la première année par le Conseil provisoire et nommerait le Conseil définitif ainsi que les contrôleurs. (*Assentiment.*)

Sont désignés comme membres du Conseil provisoire de la Société :

MM. les docteurs Cézilly, Maurat, Gassot, Jeanne et Archambaud.

M. le Dr *Maurat* fait part à l'Assemblée d'un don de 500 francs fait en faveur de l'œuvre, par M. le Dr Cézilly.

M. le Dr *Lassalle* constate que M. Cézilly est un récidiviste de la bienfaisance et propose de lui voter des remerciements par acclamations. (*Applaudissements unanimes.*)

Une liste d'adhésion est mise immédiatement en circulation et reçoit un grand nombre de signatures.

M. le Dr *Lassalle* déclare qu'il ne peut adhérer immédiatement, car les médecins de la Gironde s'occupent encore en ce moment de la question et il doit attendre qu'elle ait été tranchée par ses confrères.

L'abondance des matières nous oblige à renvoyer, au prochain numéro, la suite du compte rendu de l'Assemblée et du Banquet.

Aux Membres du Concours médical et des Syndicats.

Plusieurs d'entre vous ont bien voulu nous témoigner tout le regret qu'ils ont éprouvé au sujet de ce qui s'est passé, le 19 novembre, à l'Union des Syndicats ; ils nous demandent où ils pourront trouver le compte rendu de la séance de l'Union et comment le *Concours* répondra au coup qui lui est porté. L'un même parle d'une certaine lettre qu'il aurait reçue il y a un certain temps, qu'il avait mal comprise alors, et qui lui paraît jeter un singulier jour sur le rôle qu'ont pu jouer certaines personnalités.

Nous adressons à tous une réponse collective.

Vous trouverez ailleurs, chers confrères, le compte rendu de l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats à la rédaction duquel nous n'avons pas voulu participer. Il nous suffira de dire que nous avions, de concert avec le *Bureau*, amené à l'Union *cinquante-huit Syndicats* et préparé l'adhésion de nombre d'autres, que les statuts avaient, l'an dernier, été votés par les représentants de 35 Syndicats et qu'ils ont été, le 19 novembre, modifiés par les représentants de 26 Syndicats.

Nous avions désiré rester le vice-président d'une Société que nous avions fondée avec nos amis, car cette vice-présidence consacrait les liens du Concours médical avec l'Union à laquelle ils ne pouvaient être qu'utiles. On nous avait, à plusieurs reprises, offert la présidence : nous l'avions refusée par système, comme nous l'avions refusée pour les autres œuvres créées par le Concours.

Nous avions demandé aussi la limitation du nombre des délégués pour chaque Syndicat, afin d'empêcher que, lors des votes, l'influence des petits syndicats (qui ont toutes nos prédilections) ne risquât pas d'être annihilée par celle des grands. Et comme certains pourraient trouver cette crainte chimérique, nous citerons la séance du 19 novembre où 4 Syndicats à eux seuls disposaient de 17 voix.

Nous aurions encore voulu que la présidence restât annuelle, estimant que c'était le moyen de faire honneur successivement aux Syndicats actifs et laborieux, et palliant les inconvénients d'une présidence trop courte en appelant, au Bureau, les anciens présidents avec voix délibérative et les chargeant de missions spéciales pour la solution des questions soulevées sous leur présidence.

Aucun de nos modestes désirs n'a pu prévaloir, et vous savez ce qui est arrivé. Le fondateur des Syndicats, nommé Président d'honneur de l'Union, ne méritait ni cet excès d'honneur (qui n'a d'autre but que de le faire sortir du Bureau et d'annihiler son influence), ni..... les combinaisons de longue date qui, nous le savons maintenant, ont préparé ce résultat et *dont nous n'avons, en aucune façon, l'intention de faire la contre-partie.*

Nous devrons, sans aucun doute, régler notre conduite selon les circonstances, mais nous n'aurons, vous en pouvez être assurés, que l'intérêt véritable des Syndicats médicaux pour guide.

Le *Concours médical* n'est plus l'*organe officiel de l'Union des Syndicats*, il reste ouvert à toutes les communications des Syndicats, qu'ils soient ou non adhérents à l'Union, et le *Bulletin des Syndicats*, qui cesse de s'intituler *Bulletin de l'Union*, continuera, comme par le passé, à être servi aux médecins qui le désireront.

Rien n'est donc changé, sauf les titres, et notre attitude restera la même vis-à-vis des syndicats médicaux.

C'est la seule réponse qui nous paraisse devoir être faite aux résolutions du 19 novembre.

A. Cézilly.

Les frais de Doctorat pour les Officiers de santé.

Le Conseil de Direction a mis à exécution une des décisions de l'Assemblée. Nous avons obtenu une audience de M. Poincarré, ministre de l'instruction publique, qui avait déjà reçu une pétition, à laquelle il n'avait pu donner suite. Nous lui avons exposé que, si la dispense des examens ne peut s'accorder qu'à titre onéreux, d'après une ordonnance de 1810, (qu'on aurait pu réformer et qui a souvent souffert des dérogations), parmi les frais figurent 160 fr. pour les travaux pratiques et 40 fr. pour les droits de Bibliothèque dont bien des officiers de santé ne pourront profiter, dans leur préparation actuelle au doctorat ; que surtout le versement, déjà fait par les officiers de santé de 16 inscriptions (480 fr.) qu'on leur redemande, ne se comprend pas ; que la dispense des inscriptions ne devrait pas être faite à titre onéreux ; que les officiers de santé ont rempli, bien souvent, sans rétribution réelle, des services publics. Nous avons ajouté nombre d'autres raisons en faveur de l'atténuation des frais, et en définitive M. Poincarré a promis de faire examiner, à nouveau, la question et de prêter son appui à nos réclamations.

Nous ne savons encore si les événements survenus, ne modifieront pas ces dispositions ; mais on peut être assuré que le Conseil de Direction ne négligera pas des démarches nouvelles.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'Ecole de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Supplément du Guide pratique des sciences médicales pour 1893, in-18 cartonné à l'anglaise de 450 pages. Prix : 5 fr. Net 4 fr. franco pour MM. les membres du Concours médical.

Le supplément de cette année paraît un peu tard, mais nul ne s'en plaindra, car les auteurs ont mis la science médicale au point même pour 1893. Le lecteur y trouvera : 1° La *Bactériologie pratique*, c'est-à-dire permettant à tout praticien de faire lui-même des cultures et des études d'inoculation sans laboratoire ; cette première partie est due à la collaboration de deux jeunes savants, MM. les Drs C. Nicolle et Morat. M. Nicolle, qui vient d'être nommé professeur à Constantinople, a rédigé ses chapitres avec l'aide de M. le Dr Roux, de l'Institut Pasteur.

2° Les *maladies de l'Estomac et le Choléra*, par le Dr Lesage, chef du laboratoire des hôpitaux de Paris, qui fut, on le sait, chargé de diverses missions pour étudier l'épidémie.

3° Les *Maladies du Foie*, par le Dr Ch. Nicolle, professeur suppléant à l'école de médecine de Rouen.

4° Les *Accouchements* et surtout la *Séméiologie obstétricale*, par le Dr Demelin, chef de clinique d'accouchement à la Faculté de médecine de Paris. Digne de ses devanciers, ce supplément est par conséquent absolument pratique.

Les trois volumes seront expédiés *franco* à MM. les membres du Concours médical, qui ne les posséderaient pas encore contre net un mandat de 17 fr. 60.

FORMULE D'ADHÉSION

A L'ASSOCIATION AMICALE DES MÉDECINS FRANÇAIS, POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Siège social : 23, rue de Dunkerque, Paris.

Je soussigné ______

(*Docteur en médecine ou officier de santé*) *reçu devant la Faculté de* ______

______ *le* ______

né à ______ *le* ______

déclare adhérer aux statuts de l'Association amicale des Médecins Français et être prêt à payer la prime correspondant à mon âge aussitôt que j'aurai subi l'examen médical prescrit.

(Date) (Signature)

Adresser les adhésions au *Concours médical*, 23, rue de Dunkerque, Paris.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Impr. DAIX Frères, place St-André. Maison spéciale pour Publications médicales

Quinzième année N° 49 9 Décembre 1893

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE

DE LA

Société civile du « CONCOURS MÉDICAL »

19 NOVEMBRE 1893

(*Suite et fin*).

Service militaire des étudiants.

L'ordre du jour appelle la question du service militaire des étudiants en médecine.

M. le Dr Cézilly donne la parole à M. le Dr Salomon, de Paris, qui a bien voulu préparer un rapport sur la question.

M. le Dr *Salomon* donne lecture du rapport suivant :

La décision ministérielle du 7 octobre 1890, fixant les conditions dans lesquelles les étudiants en médecine et en pharmacie accomplissent leur service militaire, a été, depuis le jour de sa mise en vigueur, l'objet des critiques les plus vives de la part de ceux qui ont été témoins de son application. Dans le monde médical, particulièrement, cette décision ministérielle a causé la plus pénible surprise, car elle était en tous points contraire aux intérêts de l'armée.

En effet, l'objectif de cette décision aurait dû être : 1° de donner à l'armée le maximum de médecins possible, au jour d'une mobilisation ; 2° de développer chez ces médecins l'instruction technique dont ils ont besoin pour remplir les fonctions qui leur incombent, en campagne.

Aussi s'explique-t-on les efforts de toute la presse médicale pour arriver à faire supprimer cette décision.

Le *Concours médical*, dans ces circonstances, n'a pas failli à ses obligations professionnelles ; parmi les premiers, il a publié, sur cette importante question, une série d'articles destinés à servir, à la fois, les intérêts de l'armée et la cause des études médicales.

Bien qu'il n'y ait pas lieu de revenir, dans cette séance, sur ces articles, nous croyons cependant devoir en rappeler quelques passages qui conservent toute leur opportunité en raison du maintien de la décision ministérielle, qui régit les étudiants en médecine appelés sous les drapeaux, par la loi du recrutement.

Nous détachons de l'article du 20 août 1892 les passages suivants :

« Comment s'expliquer que le meilleur moyen de développer chez un futur médecin l'aptitude à exercer son art dans l'armée consiste à lui faire interrompre ses études pour lui enseigner un métier qu'il ne pratiquera jamais. »

. . . .

« En résumé pendant leur année de présence sous les drapeaux, les étudiants en médecine et en pharmacie ne rendent aucun service à l'armée et subissent une perte de temps des plus préjudiciables à leurs études.

« Il est donc nécessaire de voir substituer, à la décision ministérielle du 7 octobre 1890, des conditions qui n'imposeraient pas aux étudiants en médecine et en pharmacie la perte d'une année d'études et qui leur permettraient de rendre à l'armée tous les services que celle-ci peut leur demander. »

Le n° du 3 septembre 1892 montre combien la décision ministérielle du 7 octobre 1890 est contraire à l'esprit de la loi du recrutement.

« La loi du 15 juillet 1889, en appelant sous les drapeaux les jeunes gens visés par l'art. 23, a voulu les mettre en état de figurer dans les rangs de l'armée au jour de la mobilisation et d'y remplir les devoirs qui s'imposent à tous les Français. Dans cet ordre d'idées tout le monde conviendra que les devoirs

« du médecin, en temps de guerre, consistant dans la pratique de son art vis-à-vis des malades et des « blessés de l'armée, l'instruction qu'il doit recevoir pendant son année de service ne peut être que relative « aux fonctions qu'il aura à remplir sur le champ de bataille. C'est assurément ainsi qu'aurait dû être « interprété l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889. »

« Une décision ministérielle, destinée à assurer l'application d'une loi, doit nécessairement s'inspirer de « l'esprit de cette loi. Or c'est précisément le contraire qui s'observe dans la décision du 9 octobre 1890. « Impossible d'y constater un autre but que la négation complète des tendances libérales formulées par « l'article 23 du 15 juillet 1889. »

Nous nous bornerons à ces quelques citations, qui montrent combien la décision ministérielle du 7 octobre 1890 est contraire à l'esprit de la loi; mais les arguments les plus concluants en faveur de notre thèse se trouvent dans le rapport établi, en 1872, par la commission chargée de présenter à l'assemblée nationale un ensemble de dispositions législatives sur le recrutement et l'organisation de l'armée. Dans ce rapport, qui concluait au rétablissement du service obligatoire en France, nous voyons que la pensée constante du législateur était, en appelant tous les citoyens sous les drapeaux, de ne troubler aucune carrière sans utilité pour l'armée. Exemple :

« En disant que tout Français doit le service militaire personnel, nous voulons convier chacun à s'y pré- « parer d'avance, à s'épargner à lui-même ou à abréger les ennuis de son instruction militaire et à en « diminuer les dépenses pour l'Etat.

« Mais, c'est par un autre ordre de considérations peut-être plus générales, plus élevées et que vous « avez déjà pressenties, que nous tenons à proclamer le principe du service obligatoire.

« C'est d'abord un hommage rendu au sentiment d'égalité, dont nous sommes bien loin de vouloir exa- « gérer les conséquences jalouses, envieuses qui abaissent tous les niveaux, mais dont nous voulons au « contraire nous servir pour élever toutes les âmes. »

Le texte de ce passage est trop clair pour qu'on puisse se méprendre sur le sentiment qui l'a inspiré. Appliqués aux jeunes gens qui doivent servir dans l'armée, il est en contradiction flagrante avec la décision ministérielle qui impose, à leurs études, une interruption d'un an.

En continuant la lecture de ce rapport nous trouvons la phrase suivante dont la signification ne peut échapper à personne :

« Tous les jeunes gens de chaque classe sont astreints à un service effectif qui les met à même de « venir dans les rangs tout instruits et préparés le jour ou il faut les rappeler. »

C'est donc en conformité de la loi militaire que les médecins de l'armée doivent être, pendant leur présence sous les drapeaux, pourvus de l'instruction et de la préparation qui leur sont nécessaires en campagne. C'est effectivement ce que toute la presse médicale ne cesse de réclamer, en proposant de n'appeler les jeunes médecins que lorsqu'ils seront pourvus de leur diplôme.

En poursuivant la lecture de ce précieux document, nous trouvons, à chaque ligne pour ainsi dire, la preuve de la contradiction qui existe entre la décision ministérielle du 7 octobre et la loi sur le service obligatoire. En veut-on un nouvel exemple :

« L'un des résultats de cette loi sera d'offrir à tous ceux qui se destinent à des carrières civiles, ou qui « ont fourni les preuves d'une instruction acquise, d'un travail utile, les moyens de poursuivre de sérieuses « études sans s'affranchir de leur dette envers le pays. »

Comment n'a-t-on pas compris que ces sérieuses études sont, précisément, pour les étudiants en médecine, celles qui concernent leur dette envers le pays, et qu'en retardant ces études on empêche les étudiants en médecine de s'acquitter d'un devoir patriotique.

Autre exemple : « L'éducation militaire doit être complète, selon les armes et selon les besoins du « service. »

Est-il nécessaire de commenter cette phrase, pour faire comprendre que, dans l'esprit de la loi, le service militaire ne peut, pour les étudiants en médecine, s'accomplir autrement que dans les conditions sur lesquelles le *Concours Médical* (voir les n°s d'août et de septembre 1892) s'est étendu si longuement.

Le rapport auquel nous faisons allusion ayant une trop grande étendue pour être reproduit, nous terminerons par le paragraphe suivant relatif à l'instruction à donner aux diverses catégories d'hommes présents sous les drapeaux.

« Que les hommes qui composent l'armée n'aient à s'occuper que de se perfectionner dans leur art « dans leur métier. »

Inutile d'insister sur l'interprétation que la décision ministérielle du 7 octobre 1890 a donnée à ce vœu du législateur.

Ce rapide aperçu du rapport, présenté à l'Assemblée nationale, par la commission qui était chargée de rétablir le service obligatoire, suffit pour montrer qu'en réclamant la suppression de la décision ministérielle qui régit le service militaire des étudiants en médecine et en pharmacie, la presse médicale ne demande pas une modification à la loi du recrutement, mais le retour à l'esprit de cette loi dont s'est si peu inspirée la décision ministérielle unanimement condamnée par l'opinion.

Il semble cependant que la logique la plus élémentaire conseillait d'appliquer aux étudiants en médecine le système adopté à l'égard des élèves, appartenant aux grandes écoles de l'Etat. L'instruction militaire de ces jeunes gens leur est donnée pendant la durée de leurs études professionnelles. Puis ils servent pendant un an à leur sortie de l'école avec le grade de sous-lieutenant dans l'armée. Ainsi se trouve concilié l'intérêt des carrières scientifiques avec l'observation de la loi militaire. Au sujet des étudiants en médecine, cette mesure s'indiquait tout aussi naturellement, car l'instruction qu'ils reçoivent dans les facultés est précisément celle que leur demande l'armée. Pour eux, les devoirs professionnels ne se séparent pas des devoirs militaires.

En raison de l'obligation d'interrompre ses études médicales, pendant un an, pour apprendre le maniement du fusil et suivre des exercices de brancardiers, chaque étudiant en médecine éprouve un retard d'au moins un an, dans l'obtention de son diplôme de docteur. En évaluant à 500 le nombre des jeunes gens reçus docteurs, chaque année (et ce chiffre est au-dessous de la vérité) nous aurons, le jour d'une entrée en campagne une diminution de 500 médecins dans l'armée, si le système actuellement en vigueur est maintenu.

Trouve-t-on que le nombre des médecins qui accompagneront nos armées, le jour de la mobilisation, soit trop élevé ? Tout le monde, au contraire, s'accorde à en déplorer l'insuffisance.

En présence de ce déficit de 500 médecins, infligé à l'armée par l'application de cette décision ministérielle, il est impossible de ne pas se rappeler combien, dans les guerres modernes, sont nombreux les blessés et les malades qui périssent, faute de soins, par suite de l'insuffisance dans le chiffre des médecins. Les statistiques médico-chirurgicales des campagnes de Crimée et d'Italie devraient nous avoir suffisamment édifiés à cet égard.

Parmi les faits lamentables, rapportés par M. Chenu, dans sa statistique de la campagne d'Italie, peut-on oublier qu'après la bataille de Solférino, il ne fallut pas moins de cinq jours pour relever les blessés et les transporter à l'ambulance? Comment ne pas s'associer aux sentiments exprimés à ce sujet par un écrivain distingué: « Se figure-t-on le désespoir d'un malheureux qui meurt sans secours? Y a-t-il rien « de plus poignant que la misère du soldat blessé, à qui on fait attendre trois ou quatre jours les soins « qui, donnés à propos, lui auraient conservé un membre et même la vie ?....... La cause principale de « toutes ces souffrances c'est le défaut de médecins. » (Ed. Laboulaye, membre de l'Institut, *Revue des Deux-Mondes*, 15 décembre 1869.)

Malgré le peu de temps dont nous disposons, nous croyons à propos de rapporter encore ces quelques lignes écrites à la même époque par un ancien médecin militaire, M. Marchal de Calvi. « Personne ne « saurait dire ce qu'il y a de braves soldats qui meurent d'hémorrhagie, faute d'un doigt pour fermer le « vaisseau ouvert............. Malheureusement le personnel médical des premiers secours est notoire- « ment plus qu'insuffisant. » Le même auteur cite le fait d'un médecin-major qui a écrit ses impressions sur la campagne d'Italie. « Pendant la campagne d'Italie, dit M. le médecin-major Richefeu, j'ai eu plu- « sieurs fois occasion de remarquer que beaucoup de blessés avaient succombé sur le champ de nataille « à la suite d'hémorrhagies artérielles résultant de blessures peu graves....... A Melégnano j'ai encore « trouvé des blessés morts d'hémorrhagies artérielles, et dont les lésions très simples n'auraient certai- « nement pas dû entraîner une terminaison funeste, si l'on avait pu parer à temps aux accidents hémor- « rhagiques ...... Ailleurs, j'ai observé une dizaine de cas semblables ». M. Marchal de Calvi conclut en ces termes : « Si un seul médecin a vu dix cas semblables dans une seule journée, combien les autres « en ont-ils vu dans toute la campagne. Comment faudrait-il avoir le cœur fait pour qu'il ne se soulevât « pas de douleur, de pitié et d'indignation devant de telles révélations ?........ On n'économise pas sur « la poudre, on n'économise pas sur les chevaux : on économise sur les médecins. » (Marchal (de Calvi), *Tribune médicale*, du 26 septembre 1869).

Où trouver, en faveur de l'idée que nous défendons, un plaidoyer plus éloquent que ces quelques lignes, et qui donc, après les avoir lues, prendrait la responsabilité de demander le maintien d'une décision ministérielle qui, au jour de la mobilisation, priverait notre armée de 500 médecins ?

Il est un point sur lequel nous avons insisté dans le n° du *Concours médical* du 3 septembre 1892. C'est la nécessité d'un stage pendant lequel le jeune docteur, récemment diplômé, doit se familiariser avec tous les détails du service dont il sera chargé en campagne. Il n'y a pas lieu de revenir sur cet article; nous nous bornons à en rappeler la conclusion : « Il est absolument indispensable que le jour d'une entrée « en campagne, le médecin de réserve soit au courant de tous les détails du service, qu'il en ait, pour « ainsi dire, le doigté. Alors, avec autorité et sûreté, il exercera ses difficiles fonctions et il saura inspi- « rer confiance au soldat.

« Que l'on suppose, au contraire, un médecin de réserve soumis aux conditions de la décision ministé- « rielle du 7 octobre 1890. En campagne, son zèle, son dévouement et son habileté professionnelles ne « suppléeront que très incomplètement à l'insuffisance des notions spéciales, acquises par un stage « accompli dans les conditions que nous avons signalées ci-dessus. De là dans l'exécution du service, « des tâtonnements, des hésitations inévitables et cela dans des circonstances ou la faute la plus légère « d'un médecin peut avoir des conséquences fatales à la vie du soldat. »

Les exercices spéciaux du service de santé en campagne qui ont eu lieu récemment dans le gouvernement de Paris ont été, pour nous, une occasion de constater combien sont fondées les réclamations de ceux de nos confrères qui insistent sur la nécessité d'un stage d'un an, pour les médecins civils appelés à servir aux armées. Parmi les nombreux médecins de la réserve et de l'armée territoriale qui assistaient à ces exercices, nous en avons entendu plusieurs convenir que leur inexpérience, au point de vue technique, les mettrait dans le plus grand embarras, s'ils étaient appelés à occuper des emplois de chef de service, dans les formations sanitaires qui accompagneront les armées en temps de mobilisation.

Personne ne contestera que c'est en qualité d'officier que doit s'accomplir le stage du médecin qui vient d'obtenir un diplôme. Les fonctions auxquelles il est appelé ne peuvent s'exercer avec autorité que s'il est pourvu d'un grade. C'est, évidemment, comme sous-lieutenant de réserve qu'il entrera dans l'armée au même titre que les élèves de l'école centrale et de l'école forestière, à leur sortie de ces établissements. Il importe peu qu'il s'appelle aide-major de réserve ou stagiaire. L'essentiel est qu'il soit revêtu du grade d'officier.

Cette question a déjà été traitée dans le *Concours médical* du 20 août 1892. C'est au nom de l'égalité que nous demandions d'étendre aux médecins la mesure libérale dont les élèves de certaines écoles sont l'objet. Ce qui est considéré comme un droit, pour une catégorie de jeunes gens, ne peut passer pour un privilège, quand il s'agit d'étudiants en médecine ou en pharmacie.

C'est nécessairement avec la solde de son grade, que le médecin de réserve doit accomplir son année de service. Aucune carrière n'exige des études aussi longues, aussi dispendieuses que la médecine, et il serait injuste d'obliger les familles à de nouveaux sacrifices, après ceux qu'elles ont dû s'imposer pendant de longues années. D'ailleurs le service sans solde n'a jamais existé dans l'armée.

....

La proposition de substituer à la décision ministérielle du 7 octobre 1890, des dispositions légales si impérieusement réclamées par les besoins de l'armée, n'a pas été sans soulever quelques objections dont on peut discuter la valeur.

La discipline, paraît-il, serait compromise par la suppression du système actuel.

Examinons ce que cette objection peut avoir de sérieux. Si nous consultons l'exposé des motifs de la loi de 1872 à laquelle nous devons le service personnel obligatoire, nous trouvons le passage suivant : Plus les institutions d'une nation sont fondées sur le principe de la démocratie, plus il leur faut l'obéissance au supérieur, qui est la discipline militaire, la soumission à la loi, qui est la discipline civile. »

Est-ce que les étudiants en médecine, en se montrant respectueux et pleins de déférence à l'égard des chefs de service sous la direction desquels ils étudient dans les hôpitaux ou à l'égard des professeurs et des agrégés dont ils suivent les cours à la Faculté, ne font pas constamment acte de discipline? Et cette discipline, pour être volontaire, en est-elle moins une garantie sérieuse de la conduite qu'ils sauront tenir lorsqu'ils seront appelés comme officiers dans l'armée?

En ce qui nous concerne, il nous a été donné de voir, pendant plusieurs années, des étudiants en médecine se succéder, comme engagés conditionnels, dans un régiment où nous étions chef de service et nous pouvons affirmer que jamais on n'a eu lieu de reprocher, à aucun d'entre eux, une faute contre la discipline.

Il y avait autrefois dans la médecine militaire un grade qui était celui de sous-aide. Les sous-aides étaient pris parmi les étudiants en médecine pourvus de huit inscriptions et ayant satisfait aux épreuves

d'un concours. La dernière promotion de ce grade a été faite en 1859 pendant la guerre d'Italie. On passa donc directement, de la condition d'étudiant en médecine, au grade d'officier, et cependant personne n jamais remarqué que ces sous-aides aient été moins disciplinés que les autres officiers de l'armée.

Puissent ces quelques exemples rassurer ceux qui croient la discipline menacée par une propositio qui mérite si peu une telle accusation.

On a aussi prétendu que cette disposition légale serait une atteinte portée au principe de l'égalit Nous croyons avoir démontré que c'est au nom de l'égalité qu'elle s'impose. Dans un discours pronon à l'Assemblée nationale le 7 juin 1872 au sujet de la loi sur le service militaire obligatoire, le géné Ducrot s'exprimait ainsi : « L'égalité est excellente, mais à condition qu'elle élève le niveau général « que ce ne soit pas l'égalité à la mode de Tarquin, celle qui abaisse les plus hautes têtes et n'est sati « faite que de la médiocrité partout. »

Notre proposition est absolument conforme à l'égalité ainsi comprise.

Une objection des plus regrettables, en raison de la haute autorité de celui qui l'a soulevée, est celle M. Berthelot. D'après M. Berthelot, ce serait la porte ouverte à tous les abus ; tous les fils de bourgeo trouveraient des prétextes pour éluder la loi, etc. M. Berthelot semble considérer comme une faveur fai aux étudiants en médecine, la situation qui est demandée pour eux. C'est là une erreur des plus fâche ses. Il ne s'agit en aucune façon de l'intérêt des étudiants en médecine; l'armée est seule en cause. C'e entre l'armée et les devoirs que le pays a contractés envers elle, que se pose la question. C'est pour év ter le retour des faits lamentables dont nous avons dû évoquer le souvenir, que les représentants du pa ne peuvent se refuser à mettre à la disposition de l'armée, le jour de la mobilisation, le plus grand nom bre de médecins possible, après leur avoir procuré les moyens de compléter leur instruction professio nelle, par une éducation technique indispensable. Le mouvement d'opinion suscité par la presse médica au sujet d'une réforme qui s'impose si impérieusement, n'a d'autre but que de seconder les pouvoirs pu blics dans l'accomplissement de cette tâche.

En terminant cette étude, nécessairement très sommaire, d'une question des plus importantes, nous d vons faire remarquer que c'est à dessein que nous n'avons pas parlé de quelques points au sujet desque il ne peut y avoir aucune difficulté. Ainsi, l'âge auquel les médecins seraient appelés sous les drapea après avoir obtenu leur diplôme. De même nous avons omis de mentionner la situation des internes d hôpitaux. Mais cela n'était pas nécessaire. N'est-il pas évident que toutes les parties du projet de loi, r latives aux docteurs en médecine, sont applicables a fortiori aux internes des hôpitaux ?

C'est le sujet dans son ensemble que nous avons voulu résumer. Quant aux points de détail, la pres médicale y est revenu à plusieurs reprises et ils sont suffisamment connus.

Après avoir montré le rôle de la presse médicale, dans l'œuvre patriotique qu'elle a entreprise, n'est pas de la plus élémentaire justice, de remercier les confrères dévoués qui, non contents de s'associ aux efforts communs, se sont encore imposé la tâche ingrate de faire prés de l'administration les déma ches indispensables. Ne devons-nous pas les remerciements les plus vifs au professeur éminent qui, p la déposition de son projet de loi au Sénat, a donné à cette œuvre l'appui d'une autorité qui ne pe manquer d'en assurer le succès.

Le même tribut de reconnaissance n'est-il pas dû à Monsieur le doyen de la Faculté de Paris, qui n cessé, depuis la première heure, de protester contre une décision ministérielle, qui aux yeux de tous, e aussi funeste aux études médicales qu'aux intérêts de l'armée ? (*Vifs applaudissements.*)

M. le Dr *Monin* propose de voter des remerciements à M. le Dr Salomon dont le travail sera ins ré au compte rendu de l'Assemblée générale. — *Adopté.*

M. *Léon Marie* qui, en sa qualité d'actuaire, a été chargé d'examiner les statuts de l'œuvre inde nité-maladie et de faire les calculs nécessaires, donne à l'Assemblée générale un certain nomb d'explications sur les mesures dont il a cru devoir conseiller l'adoption et qui sont destinées à mett le fonctionnement de la future Société à l'abri de tout aléa.

M. le Dr *Cézilly*, au nom de l'Assemblée, remercie M. Marie de ses explications.

M. le Dr *Cézilly* dit qu'il y aurait eu encore un certain nombre de questions à examiner, mais q l'heure avancée ne permet pas de les aborder. Il propose à l'Assemblée générale de les renvoyer l'examen du Conseil de Direction qui fera le nécessaire. (*Assentiment.*) Messieurs, l'Assembl générale de 1893 marquera dans l'histoire de notre Société par la nouvelle œuvre que nous veno de fonder : l'Association amicale. Vous avez fait une excellente besogne. Nous pouvons lever séance. (*Applaudissements.*)

La séance est levée à sept heures.

Banquet.

Après quelques instants de conversation, le Directeur du Concours médical, le Conseil de Dire tion ainsi que le Bureau de l'Union des Syndicats reçoivent M. le Dr Viger, ministre de l'agricu ture, qui avait bien voulu accepter la présidence du banquet, MM. les sénateurs Trarieux et Lour ties, MM. les députés Gaillard, Chantelauze, Bourgeois, Guéneau, Roch et Signard ainsi que le autres invités des deux Sociétés, et les convives prennent place à l'immense table dressée dans salon du Zodiaque.

L'animation est des plus vives ; rarement la salle a présenté un aspect plus joyeux.

Parmi les convives nous avons pu noter :

MM. les Drs Salomon, de Paris ; Rayneau, de Longué ; Balez, de Benzeville ; Huguenin, de Paris ; Henr Cézilly ; Augé, de Pithiviers ; Millet-Lacombe, de Vichy ; Gauchot, de Chambois ; Duprada, de la Réole Grossard, de Paris ; Courjon, de Meysieux ; Mignen, de Montaigu ; Bourdon, d'Etrepagny ; Rigabert, d Surgères; de Font-Réaulx, de Saint-Junien ; Boichox, de Paris ; Capron, de Chaumont-en-Vexin ; Vico d'Etrepagny: Laburthe, de Paris ; Rigaud, de Pons ; Rousseau, de Conflans ; Puy-le-Blanc, de Niort

de Grissac, d'Argenteuil ; Leroy, de Lille ; Willomenet, de Paris ; Duprilot, de Chevreuse ; Raffegeau, du Vésinet ; de la Rochefordière, de Paris ; Hervouet, de Paris ; Berthonier, de Vichy ; Mordagne, de Tourny ; Archambault, de Paris ; Petitjean, de Jouarre ; Mangenot, de Paris ; Brun, de la Selle-sur-le-Bied ; Toussaint, de Bois-Colombes ; Corté, de la Charité ; Mignot, de Pougues ; Lemaire, de Compiègne ; Lepage, de Paris ; Chevallier, de Compiègne ; Jacquot, de Creil ; de Welling, de Rouen ; de Chateaubourg, de Paris ; Courgey, d'Ivry ; Cancalon, de Charenton ; Caire, de Nanterre ; Pasquet, de Paris ; Katz, de Pontoise ; Tison, de Paris ; Darène, de Viarmes ; Sutils, de Lachapelle-la-Reine ; Penot, de Malesherbes ; Mourret, de Bray-sur-Seine ; Beuve, de Dammartin ; Marais, de Honfleur ; Baratoux, de Paris ; Lorin ; Deriaud, Morin, Ribard, de Paris ; Ribard, de Meudon ; Jeanne, de Meulan ; Cabasse, de Vaucouleurs ; Lemenant des Chesnays, de Ville-d'Avray, Luneau, de Nantes, Apostoli, Bilhaut, Chevallereau, de Paris ; Tartarin, de Bellegarde ; Gauthier, de Luxeuil ; Baudouin, de Paris, etc...

Parmi les invités se trouvaient plusieurs députés, membres du Concours médical, MM. Gacon, Guéneau, Chantelauze, Signard, le Dr Langlet, ancien député de la Marne, et M. Gaillard, député de l'Oise. MM. Chastenet et Lordereau, conseils judiciaires. MM. le Dr *Gillet de Grandmont*, secrétaire-général et Chastaing, trésorier de la *Société de protection des victimes du devoir médical*. MM. Chanlaire, conseils financiers, et quelques invités du conseil de direction, de l'Union des syndicats et du directeur du Concours.

MM. les députés *Cosmao-Dumenez* ; *Legludic, Bourillon*, se sont excusés au dernier moment. Notre hôte habituel, M. le *professeur Cornil*, avait été contraint de s'absenter, à notre grand regret, ainsi qu'un très grand nombre de membres du Concours, qui ont adressé lettres et dépêches.

Le menu était le suivant :

Potage :	Consommé de Volaille à l'Orientale.
Hors-d'œuvre :	Petites bouchées à la Nantua.
Relevés :	Turbot sauce Granville. — Selle de Béhague à la Renaissance.
Entrées :	Poularde à la Mexicaine. — Chaud-froid de Cailles en Bellevue.
Rot :	Faisans dorés flanqués de Perdreaux sur Croustades. — Salade de Saison.
Entremets :	Cardons à la Moelle. — Croûtes aux Fruits à la Parisienne. — Gâteau Mousseline à l'Orange.
Glace :	Bombe Châteaubriand.
Desserts :	Compotiers de Fruits. — Petits Fours. — Bonbons.
Vins :	Médoc. — Chablis. — Margaux. — Volnay. — Champagne de Cazanove.

Café, Liqueurs.

Au champagne, le Directeur du Concours médical se lève et porte le toast suivant :

Toast de M. le Dr Cézilly.

Messieurs,

Quelque assuré que je sois de votre habituelle bienveillance, je la réclame, cette année-ci, à notre 14e banquet annuel, d'une façon spéciale.

Parmi nos invités, il en est quelques-uns qui ne connaissent pas nos Sociétés, je dois les leur présenter en quelques mots.

Il y a quelque différence entre proposer ce qui est souhaitable et arriver à l'accomplir.

Quelques méditations, une feuille de papier, une plume pour en tracer les lignes, et l'œuvre est conçue...

Mais si on en vient à l'exécution, il faut du temps pour faire connaître l'œuvre, pour la faire accepter, des dépenses aussi, puis de la persévérance pour triompher des difficultés, pour faire prospérer enfin.

Sans cesse et avec raison, on fait appel à l'initiative privée. Tout ce que vous avez accompli en relève.

Les œuvres de notre Société du *Concours médical*, à commencer par elle, *Société d'études professionnelles*, pourvue d'un journal qui permet à ses trois à quatre mille membres de se trouver en rapports journaliers ; les *Syndicats médicaux* qu'elle a fondés ; la *Caisse des pensions de retraite du Corps médical Français* ; la *Caisse de prévoyance des assurés sur la vie* ; la *Société de protection des victimes du devoir médical*, et cette année *la Société amicale* pour la délivrance de l'indemnité en cas de maladie : toutes ces œuvres vous appartiennent, elles sont dues à votre initiative.

C'est pourquoi nous avons pu, avec quelque confiance, les soumettre à l'approbation de bons juges et leur demander parfois leur appui.

On ne nous l'a pas refusé, depuis le jour où en 1880 notre regretté confrère et ami Chevandier nous disait, à cette table : « Je suis ici parce que la politique n'interdit pas la confraternité, et qu'elle la confirme, j'assume toutes les responsabilités de la solidarité médicale, au nom de nos confrères législateurs. »

Nous avons, à diverses reprises, suivi cette direction avec assurance et recouru à de précieux appuis. Car si quelques-unes de nos œuvres ont pour but la protection de ce modeste bien-être auquel nous aspirons, les autres sont consacrées à la discussion de nos rapports avec la Société. Ces rapports sont journaliers, très intimes et toujours, pour leur solution, nous avons eu présent à l'esprit l'intérêt public, auquel nous croyons faire autant et parfois plus de sacrifices que les autres professions libérales.

Je n'avais pas besoin de faire cet exposé pour M. le Ministre de l'agriculture. C'est M. Viger, qui, ici, l'année dernière terminait son toast éloquent par ces paroles :

Je le disen terminant, mes chers confrères, quelles que soient nos opinions politiques, quelle que soit la diversité de nos idées sur la forme du gouvernement, le médecin est réellement celui qui pratique le mieux, dans nos sociétés modernes, la belle devise républicaine : *la liberté*, car il aime l'indépendance du caractère et le respect des opinions.

L'égalité dont il donne le plus noble exemple pratique en soignant avec un égal dévouement le crésus dans son hôtel opulent et le misérable dans sa cabane.

La *fraternité*, car il accomplit son devoir envers ses semblables, sans trop compter sur la reconnaissance dont la pratique des hommes lui a appris la fragilité, mais uniquement inspiré par la plus noble des passions, celle du devoir et par le plus puissant des mobiles, la solidarité humaine.

Messieurs, je bois aux médecins !

Le ministre s'est souvenu du député et cette année il a sacrifié sa *liberté*, dont il a tant besoin pour répondre aux exigences de la haute situation qu'il occupe, pour venir, par sentiment d'*égalité* confraternelle,

s'asseoir à notre table, nous donnant ainsi l'exemple de l'esprit de *fraternité* dont il nous complimentait. (*Applaudissements.*)

Je n'avais pas besoin de dire ce que sont vos Sociétés pour M. *Trarieux*, l'éloquent apologiste du médecin de campagne; ni pour les députés, membres du Concours médical, qui, depuis des années, sont au courant de nos tentatives, s'y intéressent et voudront nous soutenir de tout leur pouvoir : MM. *Guéneau, Chantelauze, Signard, Gacon.*

Je n'en avais pas besoin, non plus pour M. *Gaillard*, député de mon arrondissement, qui, avec son collègue du sénat, M. *Franck Chauveau*, nous a appuyés de son influence en diverses circonstances.

Je parlais surtout pour MM. *Lourties*, sénateur, *Roch*, *Bourgeois*, députés, et quelques autres qui, à leur grand regret, ont été empêchés de s'asseoir à notre table.

Tout le travail que nous avons accompli depuis tant d'années est l'œuvre du Conseil de Direction, de mes très chers collaborateurs, MM. Gibert, Gassot, Maurat ; je ne saurais trop leur rendre ici l'hommage que nous devons tous à leur dévouement pour notre profession. (*Applaudissements.*)

Messieurs,

Je porte un triple toast auquel, j'en suis assuré par avance, vous vous associerez tous de grand cœur : Aux membres de nos Sociétés retenus par leurs occupations professionnelles ! A Monsieur le Ministre et à nos invités ! A mes collaborateurs du Conseil de Direction !

Aux applaudissements prolongés succède le ban traditionnel des salles de garde.

Toast de M. le Ministre de l'Agriculture.

Monsieur le Ministre se lève et s'exprime en ces termes :

Messieurs et Chers Confrères,

Depuis que, sorti de l'exercice actif de la profession médicale, j'ai été envoyé, par les électeurs du Loiret, pour les représenter, à la Chambre des Députés, je n'ai cessé de rencontrer, parmi vous, le plus fraternel accueil. Vous avez bien voulu me conserver, au milieu des luttes de la politique, une affectueuse estime, dont je suis d'autant plus vivement touché, qu'elle m'est témoignée par vous tous sans distinction d'opinion. Je n'aurais donc eu garde de refuser votre cordiale invitation et c'est avec plaisir que je suis venu me joindre à ceux de mes collègues du Parlement qui ont répondu à votre gracieux appel.

Une haute marque de confiance m'a appelé à remplir une fonction que le travailleur modeste dont vous connaissez le caractère n'a point briguée par l'intrigue, ni recherchée à l'aide de réclames retentissantes. (*Applaudissements*). Depuis que j'ai pris la direction du Département de l'Agriculture, j'ai tâché de justifier le choix qui avait été fait de ma personne, en donnant toute mon ardeur, au travail ; tout mon temps, à la défense des intérêts qui m'étaient confiés et à l'étude des questions, si vitales pour le pays, qui se rattachent à la prospérité de l'Agriculture française. J'ai été quelquefois grossièrement attaqué ; mais j'ai recueilli, d'autre part, de tous les points de la France, des encouragements et des témoignages de sympathie qui m'ont été infiniment précieux et parmi lesquels je range celui que vous me donnez ce soir en m'appelant à présider cette fête de notre famille médicale. (*Applaudissements*).

Je ne puis oublier en effet, comme républicain, que votre association, dont je fais partie, est fondée sur une des lois de la République ; qu'elle met en œuvre une grande idée, celle de la fraternité. Aussi est-ce un honneur dont je suis fier, que de me voir placé entre le dévoué *Directeur du Concours médical*, M. le Dr *Cézilly*, dont je connais de longue date le dévouement éclairé et actif à nos intérêts professionnels, et le *Président de l'Union des Syndicats*, M. le Dr *Porson*.

Ils ont bien voulu m'adresser d'aimables paroles dont je suis encore tout ému et me remercier d'avoir accepté la présidence de cette réunion, quoique Ministre. (*Applaudissements*). Tout d'abord qu'ils me permettent de leur dire que si j'avais pu céder à un mouvement d'orgueil en me voyant placé à la tête d'un département ministériel, c'est une illusion qui se serait vite dissipée, en lisant les journaux ; car depuis que je suis au Ministère, je n'ai jamais pu en lire un seul, sans y voir dressé l'acte de décès des cabinets dont j'ai fait partie. C'est au point que nous aurions pu dire, comme le personnage de la comédie : Mais on ne parle que de notre mort là-dedans ! (*Rires*).

Je me suis donc borné, pour toute ambition, à mener, de mon mieux, la partie des affaires du pays dont la gestion m'était confiée, sans me soucier du lendemain, heureux seulement d'avoir l'approbation des hommes du métier, des agriculteurs dont j'avais à sauvegarder les intérêts. (*Assentiment*).

Je serais bien ingrat, d'ailleurs, de ne pas aimer la médecine et les médecins ; car c'est à l'éducation scientifique reçue dans nos facultés, donnée par tous nos maîtres, c'est à l'application de ce merveilleux ensemble de connaissances littéraires et scientifiques, qui constitue l'enseignement médical, que j'ai dû de pouvoir remplir un rôle utile dans le Parlement.

C'est bien à tort, en effet, que le bon public voit uniquement dans le médecin, le praticien ! Viennent, en effet, telles circonstances où le médecin devra faire l'application des théories à la plus difficile des sciences, à la politique, il y apportera des qualités particulières, une méthode originale, qui découlent de sa connaissance profonde des manifestations de la vie des êtres organisés, et par là même une conception plus large, une entente plus nette des questions sociales. (*Applaudissements*).

N'est-ce pas à ces connaissances encyclopédiques qui sont données par l'enseignement de nos facultés que j'ai pu, dans la Commission des Douanes, à la tribune de la Chambre, traiter sinon avec éloquence, au moins avec clarté, tout cet ensemble de questions industrielles et agricoles soulevé par l'examen de notre tarification douanière et par l'orientation nouvelle de notre politique économique.

Et depuis que je suis au Ministère de l'Agriculture, n'est-ce pas à cette préparation, que j'ai dû de pouvoir être immédiatement en communion d'idées avec le personnel scientifique de notre haute administration et de notre enseignement agricole, comme avec nos agriculteurs eux-mêmes. Nous parlions la même langue, nous nous sommes compris ; notre labeur commun en a été plus facile et notre tâche mutuelle mieux remplie.

Tous les problèmes soulevés par nos grandes questions de zootechnie, d'alimentation du bétail, d'emploi des engrais complémentaires, toutes les innovations fécondes, dues à l'application de la chimie organique aux industries annexes de la ferme, — la sucrerie, la féculerie, la brasserie, la distillerie, — tout cet ensemble merveilleux, qui offre un champ si vaste à l'activité humaine, s'est éclairé, pour moi, d'un jour plus lumineux, en faisant appel aux connaissances que j'avais puisées dans les leçons de nos maîtres. Et c'est par une suite de déductions pratiques que j'en suis arrivé à cette conviction profonde que les conceptions politiques les plus parfaites, que les études psychologiques les plus subtiles, que les théories socialistes les plus ingénieuses, que tout cela doit céder le pas à ce fait, qui domine tout : *la prospérité agricole par la culture rationnelle du sol.* (*Applaudissements*).

On aura beau faire des discours éloquents sur la question sociale, sur l'amélioration du sort des tra-

vailleurs, et présenter des propositions plus ou moins humanitaires ; il nous semble que la vraie solution du problème est entre les mains de ce paysan courbé sur le sillon, de cet homme laborieux et sobre qui sème le grain, cultive la vigne, élève le bétail, et fournit ainsi à la nation par la production alimentaire tous les éléments de force et de vie.

Ah, Messieurs, combien de milliards dépensés dans de vastes entreprises, comme le Panama, ont été employés en pure perte. Mettez au contraire à la disposition de ce paysan des semences perfectionnées, des plants meilleurs, un bétail de bonne race, donnez-lui quelques-uns de ces millions, arrachés à l'épargne populaire et si souvent engloutis dans des affaires véreuses ; offrez-lui sous forme de superphosphate de chaux, de nitrate de soude, de sulfate d'ammoniaque, de chlorure de potassium, le phosphore, l'azote, la chaux, la potasse, ces quatre éléments primordiaux de fécondité du sol national, et vous verrez les rendements s'élever et la question sociale faire des pas de géant vers sa véritable solution. (*Assentiment général*).

Un homme de haute science, dont je ne partage pas toutes les théories, mais dont l'action a été profonde, M. *Georges Ville*, le disait avec raison, dans ses conférences; *la solution de la question sociale est dans l'augmentation de la production du sol national.* Il ne suffit pas pour la résoudre de chercher et de poursuivre les moyens de partager, il faut surtout s'appliquer à produire davantage; là où le partage doit s'effectuer sur dix pains au lieu de deux ou trois, sur dix hectolitres de vin au lieu de trois ou quatre, on est bien plus près de s'entendre. (*Applaudissements.*)

Telle est l'œuvre féconde que nous devons poursuivre, sans relâche, à l'aide de l'extension de l'enseignement et du crédit agricole, l'un étant la cause, l'autre le moyen, mis à la disposition des cultivateurs.

Les médecins l'ont bien compris, car, partout où nous voyons des progrès réalisés en agriculture, en viticulture, dans nos industries agricoles, nous voyons apparaître des novateurs dont l'éducation scientifique première est due à la science médicale — des médecins, j'en vois parmi la plupart des hauts fonctionnaires de notre enseignement agricole; des médecins, j'en rencontre parmi les hommes qui ont le plus fait pour développer la culture de nos champs, régénérant nos vignobles détruits, appliquant la loi si féconde de nos syndicats agricoles, prêchant par l'exemple ou par la parole comme conférenciers. Je rends hommage devant vous à ces missi dominici du progrès auxquels la patrie est redevable de tant de dévouement, de tant de vaillants efforts. (*Applaudissements*).

Mais, Messieurs, ce courage, ce zèle, cette science pratique, auraient été dépensés en pure perte, si nous avions dû continuer à lutter non seulement contre la routine, contre les vieilles habitudes dans lesquelles se complaît l'homme des champs, mais encore s'il nous eût fallu compter, également, avec la concurrence étrangère sans aucune protection. Ecrasés que nous sommes par des impôts souvent mal répartis, qui constituent la charge la plus lourde du monde entier, par des devoirs militaires qui enlèvent à la production de nos campagnes tant de bras, nos conditions de production sont-elles les mêmes qu'aux Etats-Unis, en Allemagne, en Russie? Pouvons-nous, comme en Amérique, produire du blé à 9 fr. 25 l'hectolitre, prix actuel à Chicago? Pouvons-nous faire du vin à 6 fr. l'hectolitre comme en Espagne? C'est une question qu'on ne peut sérieusement adresser. Aussi n'est-ce pas par un pur caprice, pour plaire à une catégorie spéciale d'électeurs que nous nous sommes faits les défenseurs d'une équitable compensation dans nos taxes douanières en faveur de nos producteurs nationaux.

Entre la prohibition et la liberté absolue des échanges, il est une sage mesure que nous devons garder. C'est sur ce terrain solide que nous nous sommes placés. Nous gardant, par des mesures exagérées, de compromettre le commerce international, qui est nécessaire à la vie d'une grande nation comme la nôtre, mais combattant, avec la dernière énergie, les gros spéculateurs qui ne voient, dans les échanges entre les nations, que le moyen de réaliser d'immenses fortunes, aux dépens du travailleur national.

Mais je m'aperçois, mes chers Confrères, que m'étant levé afin de vous adresser quelques mots de gratitude pour votre affable accueil, je me laisse entraîner à vous exposer un véritable programme agricole; je vous prie de m'en excuser. Je suis tellement convaincu de l'excellence de la cause que je défends, que partout où je suis appelé à prendre la parole, je n'ai plus qu'une pensée, qu'un désir, c'est celui de recruter des adhérents à mon opinion. Je viens donc vous demander à vous tous qui pour la plupart habitez nos champs, de nous aider à répandre, par votre parole si autorisée, à l'aide de l'influence légitime que vous donne votre bienfaisante profession, les grandes notions scientifiques sur lesquelles reposent la prospérité de la Patrie par le relèvement de sa production agricole.

C'est ainsi qu'on pourra réaliser ce grand problème de la véritable vie à bon marché ; non celle qui provient de l'afflux des marchandises étrangères aux dépens du salaire de nos travailleurs, mais celle qui est réalisée par l'augmentation de la production française.

Je lève donc mon verre aux médecins, artisans du progrès, par la diffusion des notions scientifiques. (*Applaudissements prolongés et triple ban et bravos*).

M. le Dr Porson, président de l'Union prend la parole et fait l'éloge des Syndicats Médicaux, après avoir remercié M. Viger de sa présence au Banquet.

(Nous n'avons pas reçu le texte du discours de M. le Dr Porson ; on le lira dans le compte-rendu de l'Assemblée de l'Union).

Toast de M. le Dr Gassot.

Messieurs et Chers Confrères,

Depuis 1880, je lève mon verre à la revision des lois et décrets qui régissent la profession médicale, — permettez-moi de continuer la tradition, car, si nous avons la loi Chevandier et la loi sur l'Assistance médicale, l'œuvre de revision est loin d'être achevée.

Nous n'avons plus Chevandier, à l'ardeur et à la ténacité duquel nous avions tant de plaisir à rendre justice, auquel nous souhaitions de si bon cœur longue et heureuse santé, mais nous avons retrouvé des champions non moins vaillants, les Cornil et les Trarieux qui ont déjà fait leurs preuves ; vous, Messieurs les Députés qui m'entourez et qui tiendrez à honneur de les imiter ; vous enfin, Monsieur le Ministre, qui, j'en suis convaincu, saurez à l'occasion vous souvenir que vous avez été médecin de campagne. (*Applaudissements.*)

Et ce souvenir, mon cher Viger, permettez-moi de le dire ici, ne peut que vous être agréable : n'est-ce pas à la façon si digne dont vous avez exercé la médecine que vous devez pour beaucoup d'avoir vu vos électeurs, vos clients, vous porter successivement à la mairie de Châteauneuf-sur-Loire, au Conseil de l'arrondissement d'Orléans, au Conseil Général du Loiret? N'est-ce pas à la façon si digne dont vous avez pratiqué la confraternité que vous devez d'avoir vu vos confrères, vos amis, applaudir à votre élection au Parlement, à vos succès de tribune, enfin à la suprême distinction par laquelle le Chef de l'Etat vous a appelé dans les Conseils du Gouvernement? (*Nouveaux applaudissements.*)

Messieurs,

On dit assez volontiers que les médecins ne sont pas faciles à mener. — Ne serait-ce pas parce qu'ils n'ont aucun besoin d'être menés ? Je crois, pour ma part, que les médecins savent parfaitement se mener eux-mêmes et que le plus sûr est de leur demander comment ils entendent prêter le concours qu'on réclame d'eux.

Le rôle social du médecin va sans cesse en s'accroissant : il ne s'agit plus seulement pour lui de porter au malade ou au blessé les secours de l'art, il lui faut veiller sur la santé publique, assurer l'exécution des mesures d'hygiène, inspecter les écoles au point de vue sanitaire, protéger les enfants du premier âge... que sais-je encore ?... Pour tous ces services publics, lui imposera-t-on des règlements conçus au fond d'un bureau par quelque chef de division, dans le meilleur esprit sans doute, mais qui à chaque instant le froisseront dans sa dignité, dans ses intérêts ou ses habitudes ?... Ce sera le moyen de se l'aliéner de prime abord, et, la force d'inertie venant à son secours, lois et règlements tomberont bientôt dans l'oubli, car on ne mène pas le médecin.

Qu'on le consulte au contraire, qu'on sollicite son avis éclairé sur les conditions dans lesquelles il juge son action plus efficace, son concours plus facile, — il s'efforcera de venir en aide à l'Administration et de lui éviter par avance ces difficultés de détail devant lesquelles sombrent parfois les organisations qui paraissent le mieux conçues.

Voilà, Messieurs, ce que nous vous demandons de faire comprendre en haut lieu.

Et comme ce n'est pas tout que de philosopher, qu'il nous faut vivre aussi, nous vous demanderons encore de nous défendre lors de la discussion de la proposition de loi sur l'exercice de la pharmacie. (*Approbation unanime.*)

Si cette proposition était votée au Sénat telle qu'elle est sortie de la Chambre des Députés, c'en serait fait du médecin en bien des endroits. Si le pharmacien peut légalement délivrer au client qui les lui demande des médicaments *qu'il aura dû préalablement conseiller, car le client ignore leurs noms le plus souvent*, autant dire qu'il lui est loisible d'exercer à son gré la médecine, autant dire que le médecin en sera réduit au traitement des maladies graves. Et comme ces maladies graves ne peuvent le faire vivre, vous le verrez abandonner les campagnes où cependant vous voudriez le retenir, car vous y sentez sa présence indispensable.

Messieurs, nous comptons sur vous, permettez-moi de vous le dire, car nous avons conscience de ne rien réclamer qui ne soit conforme à l'intérêt public véritable.

Et dans cet esprit, je bois encore à la revision de la législation médicale ; je porte la santé de ceux de nos invités à qui leur situation au Parlement permet de nous défendre et de nous soutenir.

Le toast de notre cher confrère Gassot, est accueilli par des applaudissements répétés et alors M. Trarieux, sénateur de la Gironde, se lève :

Toast de M. le sénateur Trarieux.

Messieurs,

Je m'exécute de bonne grâce, puisque vous me contraignez à prendre la parole, mais ce n'est pas un toast que je puis, à vrai dire, vous porter, c'est un cas de conscience que j'ai à vous confesser, et dont je vais vous demander d'être juges.

Je désirais me taire parce que je ne crois plus pouvoir conserver la Présidence d'honneur à laquelle je dois d'occuper cette place, et je ne voulais pas vous entretenir, à la fin de ce Banquet, d'une démission que je me vois dans la nécessité de donner. (*Mouvements divers.*)

Vous vous rappelez, messieurs, dans quelles circonstances vous m'avez fait un de vos présidents honoraires. Je venais de défendre votre cause devant le Sénat, et vous avez voulu me manifester votre reconnaissance d'avoir énergiquement lutté, pour vous obtenir le droit de vous organiser en Syndicat, que vous disputaient des malveillances et des préjugés tenaces. J'avais eu notamment à combattre, contre des collègues, qui voulaient faire de la loi 1884 une loi de privilège pour les corporations ouvrières, cette étrange appréhension que vous pourriez, le jour où vous vous trouveriez réunis en société, rançonner les malades en vous organisant en grève, et je n'avais pas craint de proclamer, au contraire, que, si l'expérience qu'on avait voulu faire des syndicats avait besoin de modèles, vous étiez ceux qui sauriez les donner. Je ne m'étais pas trop avancé, car, après m'avoir remercié de ma confiance, vous l'avez pleinement justifiée. (*Applaudissements.*)

Mais qu'est-il arrivé ! Pendant que vous me donniez raison, les syndicats ouvriers ne tardaient pas à montrer que les craintes dont vous aviez été injustement l'objet étaient plus fondées, hélas ! de leur côté que du vôtre. Des désordres éclataient dans le Nord et le Pas-de-Calais sous la direction, sinon sous l'inspiration, de représentants du pays qui se présentaient au public comme présidents ou secrétaires de ces syndicats. J'étais appelé à constater publiquement la violation manifeste de la loi et je m'adressais au gouvernement pour en réclamer l'application. Je me trouvais ainsi amené à faire un retour sur moi-même, et, me rappelant ma présidence d'honneur, je me demandais si elle ne risquait pas de mettre en apparente contradiction mes paroles et mes actes. Ma décision était, dès ce moment, prise. Le scrupule était exagéré peut-être, mais il ne fallait pas prêter le flanc, même à de mauvaises chicanes, et je devais à ma situation, je vous devais à vous-mêmes le sacrifice d'un titre dont je me sépare avec regret, mais dont l'honneur ne compenserait plus le danger. (*Acclamations et applaudissements répétés.*)

Je sacrifie ce titre, messieurs, sur l'autel de la loi, me rappelant que c'est de nous, qui l'avons promis, que doit venir le bon exemple, et mon dernier acte, en me séparant de vous, sera de boire à la longue vie et à la prospérité de votre union syndicale dans le respect de son institution et de ses devoirs légaux. (*Longs applaudissements*).

A la suite de cette allocution, l'assemblée décide que M. Trarieux échangera son titre de Président contre celui de Conseil d'honneur de l'Union des Syndicats des médecins.

Toast de M. le Dr Lassalle.

Messieurs, chers confrères,

Il n'est vraiment pas possible de résister à des incitations si amicales et si flatteuses. Je me lève donc ; mais que Messieurs les membres du Sénat et de la Chambre présents à ce banquet, se rassurent ; je n'éprouve vis-à-vis d'eux aucune intention agressive, et notre éminent confrère et ministre (auquel les grandeurs n'ont pas fait oublier sa famille médicale, qu'il me permette à mon tour de l'en féliciter et de l'en remercier de tout cœur), notre cher ministre, dis-je, n'aura pas à me reprocher, comme l'an dernier, d'être animé contre les hommes politiques d'un besoin, d'un prurit de dénigrement passés, disait-il, à l'état chronique ; non, Messieurs, ce prurit je ne le ressens plus, pour le moment du moins : tant il est vrai qu'on peut s'habituer à tout, même au voisinage des grands hommes.

Puisque j'ai la parole, je vais en profiter, en vous proposant de boire à nos conseils judiciaires de Paris et à ceux de tous les Syndicats médicaux de France.

J'estime, Messieurs, que nos avocats ne sont pas seulement pour nous des guides précieux, mais aussi des amis dévoués, désintéressés. Je suis sûr d'être votre unanime interprète en leur exprimant nos regrets les plus sincères; et en adressant tout particulièrement des excuses à maître Chastenet que nous n'avons pas fêté, comme nous eussions dû le faire, à l'occasion de la distinction si flatteuse et si méritée dont il a été l'objet, je veux dire à l'occasion de sa promotion dans la Légion d'Honneur. Qu'il veuille bien recevoir, quoique tardives, nos félicitations les plus cordiales. Oui, Messieurs, que nos avocats sachent bien qu'à l'inverse des fils de famille nous sommes très heureux, nous médecins, d'être pourvus de conseils judiciaires. (*Rires et applaudissements*). Et comment pourrions-nous ne pas nous féliciter de les posséder, alors que bientôt nous allons utiliser plus que jamais leurs précieux services.

Il ne faut point, en effet, nous le dissimuler, Messieurs, avec la mise en vigueur de la nouvelle loi, avec l'inauguration de l'existence légale des Syndicats médicaux, va s'ouvrir pour nous une ère de conflits, de luttes fréquentes et difficiles ; et pour en triompher nous aurons besoin de tout le concours, de toute la science, de tout le dévouement de nos conseils judiciaires.

Mais outre ces liens formés par la reconnaissance, notre sympathie pour nos avocats n'est-elle pas un sentiment tout naturel ? Voyez que d'affinités morales rapprochent la médecine et le barreau.

Nos deux professions ont conquis et mérité ce beau titre de profession libérale et, par ce côté déjà, nous sommes un peu de la même famille, quelque chose comme des cousins germains qui, sortis d'une commune origine, ont suivi dans la vie des routes différentes ; nos deux professions vivent, hélas ! l'une comme l'autre, des misères et des tribulations humaines, les procès, vous en conviendrez, ne valant guère mieux que les maladies (*rires et applaudissements*) ; toutes les deux ont encore le trait commun de nous procurer (Dieu sait au prix de quels labeurs, de quels déboires !) l'indépendance dans le travail et la légitime fierté de ne relever que de nous-mêmes ; enfin, Messieurs, et c'est le trait d'union qu'il me plaît surtout de faire ressortir, nos deux professions ont été toujours et resteront, quoi qu'on dise, la grande école du désintéressement, le principal asile des esprits généreux, ardents, passionnés pour la justice et pour la liberté. (*Applaudissements prolongés.*)

Messieurs, je lève mon verre à nos conseils judiciaires de Paris et à ceux de tous les Syndicats médicaux de France. (*Double salve de bravos.*)

Toast de M. Chastenet.

Messieurs,

Je me félicite d'autant plus du vote par lequel vous venez d'acclamer mon éminent confrère Trarieux, que c'est à lui qu'il appartiendra, à l'avenir, de parler au nom de vos conseils judiciaires. Mais je ne puis aujourd'hui me dérober à l'aimable provocation de M. le docteur Lassalle. Si je ne savais combien son esprit est éloigné de préoccupations personnelles, je le soupçonnerais d'avoir, en se tournant vers un avocat, voulu vous montrer, par un effet d'opposition, qu'il y a, parmi vous, des orateurs de race qui peuvent victorieusement braver toutes comparaisons.

Mais, ce qu'il a voulu vous dire, et il l'a dit éloquemment, c'est que, puisque vos syndicats venaient enfin de conquérir la personnalité civile, et que le temple de justice ne pouvait plus se fermer devant eux, vous auriez à vous préoccuper d'y affirmer des droits méconnus, et trop souvent menacés.

Mais il ne faut pas qu'il y ait de malentendus sur le but que vous poursuivez.

Votre profession répond pour vous. Elle est peut-être la plus noble de celles qu'on puisse ambitionner, puisque la science dont elle relève a l'homme même pour objet. Elle va, comme vient de vous le dire M. le Ministre, de l'homme physique à l'homme moral ; ne vient-elle pas, encore, de renouveler le domaine spéculatif, en reléguant bien loin l'ancienne métaphysique et en ouvrant un champ fécond à la psychologie physiologique et expérimentale.

Mais c'est surtout par le rôle social du corps médical dans notre société moderne que votre profession est tout à fait incomparable. Il tient aux fortes et parfois douloureuses études dont vous êtes imprégnés, à votre rayonnement sur tous les points du territoire, dans toutes les villes, dans chaque commune, dans chaque hameau, à travers toutes les couches sociales pour y porter les secours matériels et moraux, faire pénétrer les principes d'hygiène, et préparer des générations fortes pour l'avenir. Dans les âpres conflits du capital et du travail, dans les ardentes compétitions d'intérêts, au milieu du *struggle-for-life* général, de l'universelle lutte pour la vie personnelle, vous luttez pour la vie générale, l'existence des autres, l'amélioration de la race, le bien de l'humanité.

Cependant, si votre profession est celle qui exige le plus d'abnégation et de sacrifices, du moins faut-il limiter ces sacrifices à ce qu'ils ont d'utile, cette abnégation à ce qu'elle a de compatible avec la dignité professionnelle. Il faut aussi, dans l'intérêt général, dans l'intérêt du public lui-même, traquer la concurrence de tous les charlatans, dangereux exploiteurs de la crédulité humaine.

Tel est le but de vos syndicats. M. le sénateur Trarieux vient de vous dire les excès d'autres syndicats que les vôtres. Quels que puissent être ces écarts, je ne saurais, quant à moi, partager sa sévérité, et je me sens, au contraire, toujours pris d'une pitié et d'une compassion profondes pour ces travailleurs qui peinent dans la nuit souterraine, à travers les couches et les débris d'une nature abolie, et qui sont comme les damnés de l'enfer social. Mais du moins est-il vrai de reconnaître que ce n'est pas de vos syndicats qu'on doit craindre qu'ils deviennent des instruments d'accaparement et de grève, vous dont la profession développe surtout l'esprit de désintéressement et de charité, et qui ne lui demandez que la rémunération nécessaire à votre indépendance et à la sauvegarde de votre dignité. (*Applaudissements.*)

Et maintenant, puisque notre ami Lassalle vient de faire un si heureux parallèle entre nos deux professions, il appartient peut-être à un membre du barreau, c'est-à-dire de l'association professionnelle des avocats, après avoir été un des premiers à les saluer à leur naissance naturelle, de saluer aujourd'hui à leur légitimation et sacre légal, les associations professionnelles de médecins. Messieurs, je lève haut mon verre à l'Union des syndicats médicaux. (*Applaudissements.*)

A ce moment M. le Ministre se lève et les convives passent dans les salons où se trouve servi le café.

Il est neuf heures et, jusqu'à près de minuit, les conversations les plus animées et les plus cordiales ne cessent entre les assistants. On fait cercle autour du Ministre, de MM. Trarieux, Lourties, et des députés qui se livrent avec la plus grande bienveillance à des considérations sur nombre de sujets médicaux et extra-médicaux. Les propos gaulois trouvent des amateurs, et c'est au milieu de ces distractions variées qu'on se donne rendez-vous pour 1894.

LA SEMAINE MÉDICALE

Utilité de l'alimentation par la voie rectale.

Tout le monde n'admet pas l'utilité des lavements alimentaires, parce que l'absorption rectale paraît quelquefois contestable. Et cependant, M. le Dr *Maragliano*, de Gênes, vient de publier une observation très nette, qui montre bien quels services précieux l'alimentation par le rectum peut rendre, dans les cas d'ulcère de l'estomac.

Il s'agissait, dans cette observation, d'une femme chez laquelle était survenue une perforation d'un ulcère gastrique suivie de péritonite. L'inflammation du péritoine s'était fort heureusement circonscrite. La maladie guérit grâce à une alimentation exclusivement rectale continuée sans interruption pendant 94 jours. Au bout de ce temps, le poids de la malade n'avait diminué que de 2.700 grammes.

Voici la formule des lavements nutritifs qui ont été employés dans ce cas :

Muscles de bœuf.......... 300 grammes.
Pancréas................. 150 —

Mêlez, triturez dans un mortier, et passez.
Ajoutez ensuite :

Eau...................... Q. s.
Carbonate de soude....... 5 grammes.
Fiel de bœuf récent...... 25 —

F. S. A. Pour quatre lavements, qu'on administre dans le courant de la journée en y ajoutant une quantité suffisante d'eau tiède.

Cette formule ne se distingue, comme on le voit, de celle de Leube que par l'addition d'une certaine quantité de fiel de bœuf, modification imaginée par M. le docteur Sciolla, et qui aurait pour effet d'activer l'absorption des substances alimentaires introduites dans le rectum, ainsi que d'en empêcher la décomposition putride.

Le typhus exanthématique à Mayenne.

Un de nos anciens abonnés, le Dr *Morisset*, nous communique le résultat de ses observations sur le typhus exanthématique pendant l'épidémie qui a sévi à Mayenne en 1893.

De tout temps, Mayenne a été le point d'arrêt de nombreux vagabonds, parcourant la route de Brest à Paris dans l'un et l'autre sens, attirés qu'ils y sont par l'existence à l'hospice de cette ville de deux fondations qui assurent l'hospitalité pour trois jours aux voyageurs.

Les symptômes variés du typhus exanthématique rendent le diagnostic difficile, presque impossible au début, lorsqu'on ne songe pas au typhus, maladie d'exception. Lorsqu'une fois l'épidémie bat son plein, on ne tarde pas à reconnaître que, malgré le polymorphisme des symptômes, tous ces cas ont un air de parenté bien manifeste qui permet de poser le diagnostic. Mais ce qui rend surtout ce diagnostic difficile, c'est l'état sanitaire concomitant.

Depuis le mois de décembre, l'état sanitaire de la ville de Mayenne, généralement satisfaisant, laissait à désirer. Signalons l'existence des états typhoïdes à des degrés divers de gravité, depuis le simple état muqueux jusqu'à la fièvre typhoïde la plus sévère ; des oreillons, quelques cas de rougeole, mais surtout la grippe qui prenait une importance prédominante et par la multiplicité de ses atteintes, et par la gravité de ses complications, en particulier complications pulmonaires souvent mortelles.

Il faut tenir grand compte, croyons-nous, de cette véritable constitution médicale. Faut-il admettre que c'est à raison de ces épidémies concomitantes que les germes du typhus ont pu se propager, et trouver dans des organismes déjà malades un terrain de culture favorable ? Ne faudrait-il pas, au contraire, admettre que les diverses influences météorologiques, chaleur et sécheresse exceptionnelle de cette année, ont influé sur tous les germes microbiens, leur donnant à tous une énergie particulière, et alors n'y a-t-il pas, à côté des cas de typhus importé, des cas qui se seraient développés dans des régions où jadis le typhus a régné et qui ont été produits d'une façon en apparence spontanée par la reviviscence de germes anciens ?

Si l'origine première du typhus est difficile à établir, nous avons, par contre, des données assez précises sur le mode de propagation. La contagion directe est indiscutable.

La période d'incubation est très variable : dans un cas elle paraît avoir eu un minimum de 7 jours, mais dans beaucoup de cas elle est plus longue.

Elle a été dans un cas de 14 jours, dans un autre de 37.

La mortalité a été considérable, environ 83 %.

Malgré les doutes qui peuvent planer sur l'origine du typhus, il faut constater ses rapports intimes avec le vagabondage et surtout son développement dans les locaux insalubres.

Ces faits viennent une fois de plus établir l'importance capitale d'une hygiène sévère de chaque jour, bien préférable à des mesures de désinfection improvisées, souvent tardives et par suite inefficaces.

La rubéole.

A la Société médicale des Hôpitaux, *M. le Dr Sevestre*, de l'hôpital Trousseau, a communiqué ses récentes observations sur une maladie dont on a souvent nié l'existence, et qui est cependant indiscutable :

La rubéole est une maladie spéciale, autonome, qui doit être distinguée de la rougeole et de la scarlatine aussi bien que de la roséole. Elle est regardée comme très rare en France, peut-être parce qu'on la méconnaît souvent.

Les épidémies de rubéole procèdent par poussées, séparées par des intervalles correspondant à la période d'incubation, qui est, en moyenne, de quinze jours. Les premiers cas peuvent passer inaperçus en raison de la bénignité habituelle des symptômes généraux.

La rubéole est contagieuse dès le début comme la rougeole ; aussi, lorsqu'on isole les malades, est-il déjà trop tard. Ce qu'il faut chercher à réaliser, c'est l'isolement des suspects, c'est-à-dire des enfants qui ont été en contact avec des malades ; malheureusement, il n'y a pas de prodromes, ce qui rend très difficile même cet isolement préventif.

Une fois la maladie terminée, ce qui ne demande guère plus de huit jours, le rubéoleux n'est pas contagieux. M. Sevestre se sépare donc complètement de l'opinion de M. Ollivier qui exige une quarantaine de vingt jours, une désinfection sérieuse dans un bain antiseptique, le

licenciement de l'école et la désinfection des locaux.

La désinfection ne peut être qu'une très bonne chose, mais elle n'est pas indispensable, le microbe encore inconnu de la rubéole devant avoir, comme celui de la rougeole, une vitalité très limitée.

Du traitement antiseptique direct des maladies infectieuses des cavités séreuses, pleurésies, péritonites, arthrites.

M. *Fernet* a employé depuis déjà un certain temps les injections intra-pleurales antiseptiques dans le traitement des pleurésies infectieuses ; ce moyen peut d'abord s'appliquer aussi bien au péritoine et aux cavités articulaires qu'à la plèvre. M. Fernet rapporte quelques observations nouvelles qui montrent les résultats que peut donner ce procédé :

1° Tuberculose pleuro-péritonéale chez une femme de 51 ans ; épanchement pleural séro-fibrineux abondant et ne présentant aucune tendance à la disparition spontanée ; une première ponction est suivie de la reproduction du liquide ; alors, injection dans le liquide pleural, d'une solution iodo-iodurée ; dix jours après une ponction évacue le liquide qui ne se reproduit plus ; amélioration très marquée de l'état général ;

2° Inflammation du péritoine et de la plèvre considérée d'abord comme tuberculeuse (le liquide de l'ascite avait donné lieu à la réaction de la tuberculine), puis semblant finalement se rattacher à un mal de Bright. Injection d'eau iodo-iodurée. Elimination très lente de l'iode par les urines (10 ou 12 jours). La production de liquide est enrayée ; quelque temps après, lavage à l'eau boriquée naphtolée. Le malade succombe dans le coma urémique. M. Fernet pense que l'eau boriquée naphtolée hâte la mort ; car les accidents suivirent de près l'injection de ce liquide ;

3° Pleurésie chronique infectieuse par staphylocoques ; lavages à l'eau boriquée naphtolée ; guérison rapide ;

4° et 5° Pleurésies typhoïdes ; injections d'eau boriquée naphtolée, guérison rapide ;

6° Arthrites blennorrhagiques ayant guéri par des lavages à l'eau boriquée naphtolée.

De ces diverses observations et de celles qu'il a recueillies antérieurement, M. Fernet tire les conclusions suivantes :

Le traitement des inflammations infectieuses des cavités séreuses (pleurésies, péritonites et arthrites), par le moyen des ponctions suivies d'injections antiseptiques, est rationnel, puisqu'il satisfait à la double indication d'évacuer le liquide épanché et de combattre l'infection dans son foyer.

Ce traitement est particulièrement applicable aux cas de moyenne gravité sous le rapport de la nature et de l'étendue de l'infection.

Il semble devoir céder le pas au traitement chirurgical, c'est-à-dire, à la large ouverture du foyer morbide lorsque, après quelques essais répétés dans un court espace de temps, le procédé des ponctions et des injections s'est montré insuffisant.

Des deux modes d'application des injections antiseptiques, à savoir les injections simples dans le foyer infectieux sans évacuation du liquide épanché, et, d'autre part, les injections précédées d'une ponction évacuatrice et d'un lavage de la cavité séreuse, chacun paraît avoir ses indications particulières ; le premier convient surtout à titre préventif, pour arrêter le développement d'une infection commençante ; le second est curatif de la maladie réalisée. Il prétend détruire l'infection dans son foyer et conduire ainsi à la guérison.

REPORTAGE MÉDICAL

La loi Chevandier ayant institué le diplôme de *chirurgien-dentiste*, un grand nombre de dentistes inscrits avant le 1er janvier 1892 au rôle des patents et les dentistes, pourvus au 1er novembre 1893 d'un diplôme, délivré par les écoles dentaires, sollicitent, du ministre de l'instruction publique la faculté de subir : 1° les patentés, deux examens et 2° les diplômés, un examen, sur les éléments de pathologie et de thérapeutique spéciale des maladies de la bouche, devant un jury, composé de médecins et de dentistes, présidé par un professeur de la Faculté.

Cette faculté leur a été promise par un décret du 25 juillet, et ils pourront alors s'appeler *chirurgiens-dentistes*. Cette demande nous paraît équitable.

— Nous avons reçu la 2e édition des éléments de *Pathologie chirurgicale générale* d'un membre du Concours, notre excellent ami, le Dr *S. Baudry, professeur à la faculté de Lille*. Nous ne saurions trop recommander la lecture de cet excellent exposé de nos connaissances actuelles en pathologie chirurgicale générale. La première édition a été l'objet de nombreux comptes rendus de la presse médicale française et étrangère, qui faisaient ressortir des études nouvelles, qui ne figurent dans aucun traité du même genre : *Lésions traumatiques chez l'enfant et le vieillard ; plaies cavitaires, tumeurs, vices de conformation*, etc...

Cet ouvrage est très intéressant et très pratique et il mérite à tous les titres, de faire partie de la Bibliothèque du médecin et de l'étudiant.

Volume de 738 pages, avec figures, Le Bigot frères, éditeurs à Lille.

— L'Assemblée générale de la policlinique de Paris a eu lieu, dans ses nouveaux locaux, 4, rue Antoine-Dubois, sous la présidence de M. *Jacques*, député de Paris. Le Directeur, Dr *Butte*, MM. les Drs *Natier*, *Gillet*, *Moirand* et les autres chefs de service ont fait les honneurs de la séance, à leurs nombreux invités.

Le nombre des consultations de l'année s'est élevé à 47.000. Ce chiffre énorme, énoncé par M. Butte, a été vivement applaudi. Le service médical de l'hôpital-dispensaire du XIXe arrondissement a été organisé par la policlinique, qui prépare un service de garde permanent et un service de chirurgie modèle, avec quelques lits.

Le Dr Gillet a annoncé l'extension de l'enseignement médical, une série de conférences, par les chefs de service.

Le Dr Nattier, chargé du service des maladies de la bouche, de la gorge et du larynx, a été nommé trésorier de l'œuvre.

— M. le professeur agrégé Landouzy est nommé *professeur de thérapeutique et de matière médicale* à la Faculté de médecine de Paris. Nous adressons nos félicitations à notre collègue de l'Association de la presse médicale.

— *XIe Congrès international de Médecine à Rome*, 29 mars, 5 avril 1894.

I. *Communications.*

« 1° Les titres de toutes les communications que « les membres adhérents désireront faire au Congrès

« devront être adressés au Secrétariat général avant « le 31 janvier 1894.

« 2° En même temps que le titre, l'auteur devra « remettre, pour le secrétaire général, un très court « résumé de son travail et ses conclusions les der- « nières, seront imprimées par les soins du bureau « et distribuées aux Congressistes.

« 3° Le programme publié contiendra les titres « de toutes les communications annoncées ; il men- « tionnera, en outre, les titres de toutes celles qui « ont été publiées par la presse scientifique, par- « tiellement ou entièrement, après le renvoi du « Congrès.

« 4° Une étoile en marge indiquera les communi- « cations annoncées après le 31 août 1893.

II. *Réduction sur les chemins de fer.*

« Les Compagnies des chemins de fer accorde- « ront les réductions annoncées avant le renvoi du « Congrès. Ces réductions seront valables du 1er « mars au 30 avril. Un avis ultérieur donnera des « indications précises à ce sujet.

« Il sera très facile de trouver des chambres dans « les Hôtels de Rome pendant la durée du Congrès, « c'est-à-dire du 29 mars au 5 avril ; mais les mem- « bres adhérents voyageant avec leur famille, qui « désireraient retenir à l'avance des appartements, « doivent dès maintenant en informer le secrétaire « général français. Prière d'indiquer le nombre et « le genre de chambres que l'on désire, la durée « approximative du séjour à Rome et l'époque pro- « bable de l'arrivée.

« Secrétariat général, Dr Marcel Baudoin, 14, « Boulevard Saint-Germain. »

Dr Marcel Baudoin,

— A l'occasion de quelques personnes riches, admises longtemps dans les hôpitaux, qui, par surcroît, auraient reçu des secours du Bureau de bienfaisance, le Conseil municipal a décidé la formation d'une commission de 15 membres, à l'effet d'étudier l'organisation de l'*Assistance publique* et notamment d'en délivrer les mendiants professionnels.

— Un externe des hôpitaux fait une visite à un malade subitement indisposé et le lendemain amène son chef de service. Le malade, rétabli, se brouille avec l'externe et le fait condamner en son absence, à mille francs d'amende, par défaut, pour exercice illégal. Opposition, appel, au tribunal, qui abaisse l'amende à 16 fr. avec application de la loi Bérenger. Est-ce assez odieux de la part de l'obligé !

— Ce serait une heureuse imitation de ce qu'a fait un chef de corps d'armée d'Allemagne que d'interdire la *vente de l'eau-de-vie* dans les cantines militaires. Du vin contrôlé, du lait, du thé, du café, du chocolat seraient largement suffisants.

— *Un incident au concours de l'Internat.* — La lecture des compositions écrites pour le concours de l'Internat a été marquée ces jours derniers par un incident d'une nature toute particulière. Un des candidats, d'origine russe, dont le nom avait une allure caractéristique, fut salué par des cris de : « Vive la Russie! » par les étudiants présents. Mais à la stupéfaction générale, le candidat répondit par le cri : de « A bas le tzar ! » Cela jeta un froid.

Translation des cendres de Guy de la Brosse et de Victor Jacquemond, au Muséum.—La semaine dernière a eu lieu au muséum d'histoire naturelle, une imposante cérémonie à laquelle assistaient une foule de notabilités scientifiques. Le cercueil de Guy de la Brosse, le fondateur du jardin des Plantes, remisé, depuis deux cents ans, dans les sous-sols du muséum, a été transporté dans une sorte de chapelle sise dans l'aile droite du muséum, ainsi que celui de Victor Jacquemont, explorateur envoyé en mission par le muséum et mort en 1832 à Bombay.

M. Milne-Edwards a retracé la vie du fondateur du muséum, en butte aux hostilités de la Faculté; il a également rappelé la vie de Victor Jacquemont.

Une descendante de Guy de la Brosse assistait à cette cérémonie.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3831. — M. le Dr Reignier, de Vichy, membre de l'Association des médecins de l'Allier.

N° 3834. — M. le docteur Mantelin, de Vidauban (Var), présenté par le Directeur.

N° 3835. — M. le Dr Didiergeorge, de Bruyères (Vosges), présenté par M. le Dr Greuil, de Gérardmer (Vosges).

N° 3836. — M. le Dr Boichox, de Paris, membre de l'Association médicale du XVIIe arrondissement de Paris.

NÉCROLOGIE

Nous avons le vif regret de faire part du décès d'un de nos collègues, membre fondateur de l'Association de la presse médicale, le Dr Mary Durand. Directeur du journal le *Courrier médical*. Notre confrère, un des vétérans de la presse, ne comptait que des amis et il a rendu à la profession et à la science d'éminents services. Un délégué de l'Association, M. le Dr Chevallereau, Directeur de la *France médicale*, a rendu à M. Mary Durand, les suprêmes hommages et déposé une couronne sur sa tombe, au nom de la presse médicale.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le Dr Dartus, de Bertincourt (P.-d.-C.), membre du Concours médical.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'Ecole de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Prime à Messieurs les membres du Concours médical.

Beaucoup de nos confrères ayant manifesté leur reconnaissance à la Société d'éditions scientifiques pour les livres d'étrennes qu'elle fournit l'année dernière au prix de revient, pendant le mois de décembre, la Société indique cette année les ouvrages suivants :

THOULET, professeur à la Faculté des Sciences de Nancy. — **Introduction à l'Étude de la Géographie physique.** In-8° de 350 pages. 7 fr. 50. Net franco 4 fr.

Ce livre, dû à la plume si élégante du célèbre géographe de Nancy, est le meilleur cadeau à faire aux jeunes gens ou aux jeunes filles.

BOULANGIER (Edgar). — **Voyage en Sibérie.** Le chemin de fer Transsibérien. (Convient pour les distributions de prix et revues, etc.) Ouvrage honoré de la souscription du ministère de l'Instruction publique. 1 magnifique vol. in-8° jésus de 400 pages, avec 100 gravures sur bois, cartes et plans. Broché 7 fr. 50; relié 10 fr. ; relié sur Japon des manufactures impériales 20 fr. Remise sur cet ouvrage 50 %, soit franco 3 fr. 75 l'ex. broché.

HARMAND (Jules). — **L'Inde** de John Strachey, préface et traduction de Jules Harmand, ministre plénipotentiaire. Magnifique in-8° avec carte en couleurs. 10 fr. Net franco 5 fr.

DESCHAMPS (Émile), chargé de mission scientifique par le ministre de l'Instruction publique. — **Au pays des Veddas.** Ceylan (Carnet d'un voyageur). In-8° de 500 pages avec 116 figures, d'après les croquis et photographies de l'auteur, et une carte. 7 fr. 50. Net franco 4 fr.

Pour les docteurs le plus élégant volume de salon est :

BIANCHON (Dr Horace). — **Nos grands médecins d'aujourd'hui,** Préface de Maurice de Fleury. Un beau volume in-8° de 500 pages, sur beau pap. orné de magnifiques portraits en sanguine. Troisième édition. 10 fr. Net 5 fr. franco.

(*Liste à continuer au prochain numéro.*)

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année N° 50 16 Décembre 1893

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Séance du Conseil de Direction.

Le Conseil de Direction de la Société civile du Concours médical s'est réuni le 8 décembre 1893.

Présents : MM. Cézilly, Maurat, Gassot.

Excusé : M. Gibert.

Le Conseil examine les propositions émanant des membres de la Société et qui, n'ayant pu être résolues par l'Assemblée générale, lui ont été renvoyées.

Il décide que la démarche faite, par le Directeur, en faveur des officiers de santé près de M. Poincarré sera renouvelée près de M. Spuller, le nouveau Ministre de l'Instruction Publique.

Il décide également qu'une démarche sera faite, près du Garde des Sceaux, pour obtenir que les nouveaux tarifs applicables aux expertises médico-légales soient mis en vigueur en Algérie.

Il rejette la proposition de publier un annuaire médical, dont le coût serait hors de proportion avec les services qu'il pourrait rendre.

Il déclare suffisant le service des annonces de clientèles tel qu'il fonctionne actuellement dans le *Concours* et estime qu'il appartient aux intéressés de prendre les renseignements complémentaires, qui leur sont nécessaires, dans les annuaires médicaux et dans les annuaires qui indiquent le chiffre des populations des communes.

Le Conseil regrette de ne pouvoir donner satisfaction à des demandes de secours, qui lui sont adressées, l'objet de la Société étant d'un autre ordre et ne pouvant s'étendre à l'assistance pécuniaire.

Enfin il expédie les affaires courantes et met à l'étude un certain nombre de questions.

Séance du Conseil d'Administration de l'Association Amicale des médecins Français.

Le même jour s'est réuni, pour la première fois, le Conseil d'administration provisoire de l'Association amicale des médecins Français.

Présents : MM. Cézilly, Maurat, Gassot, Jeanne.

Excusé : M. Archambaud.

Le Conseil règle les fonctions de chacun de ses membres ; il désigne comme :

Président : M. le Dr Cézilly.

Vice-Président : M. le Dr Maurat.

Secrétaire général : M. le Dr Jeanne.

Trésorier : M. le Dr Gassot.

Secrétaire des séances : M. le Dr Archambaud.

Le Conseil arrête, ensuite, les formules d'adhésion, d'examen médical, etc..., et règle la constitution des futurs dossiers, ainsi que la tenue de la comptabilité.

Il inscrit les demandes d'admission, qui lui sont déjà parvenues et fait la désignation des médecins qui devront faire subir l'examen médical aux divers postulants.

Il fixe sa réunion prochaine aux derniers jours de décembre. Dans cette séance il sera statué sur l'admission des membres, dont le dossier sera complet.

Le Conseil enverra très prochainement aux adhérents les instructions qui leur sont nécessaires pour qu'ils puissent être définitivement admis.

Il engage vivement les confrères, dont l'intention est d'adhérer à l'œuvre, à envoyer leur adhésion aussi rapidement que possible, afin d'éviter tout retard pour leur admission.

Enfin, le Conseil décide qu'un numéro du *Concours médical* sera prochainement consacré à

l'*Association amicale* et comprendra, avec les statuts, tous les documents capables d'éclairer les médecins sur le caractère et le fonctionnement de l'œuvre qui vient d'être fondée.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le bleu de méthylène.

M. le Dr A. Marbot vient d'étudier expérimentalement et cliniquement ce médicament dont on a beaucoup parlé depuis quelque temps et dont on a singulièrement exagéré les propriétés, aussi son travail est-il d'autant plus intéressant qu'il montre exactement quels sont les services que l'on peut attendre de cette substance.

Le bleu de méthylène, qui appartient à la série aromatique des phénols, est remarquable par sa puissance colorante, ce qui l'a fait adopter comme réactif histo-chimique (bacilles de la tuberculose et du choléra), et aussi par la propriété qu'il a de colorer en bleu chez les animaux vivants les extrémités nerveuses périphériques, ce qui a fait supposer qu'il pouvait être analgésique. Utilisé d'abord comme tel, il a été ensuite expérimenté dans un grand nombre d'affections diverses. Mais on a surtout mis en avant une action analgésique, une action dans la malaria, des effets microbicides dans les maladies infectieuses et une action antipyrétique.

D'après M. Combemale (de Lille), qui l'a expérimenté dans diverses affections douloureuses, son action serait très favorable, surtout dans la sciatique.

A l'intérieur, il employait des doses ne dépassant pas 0,20 centigrammes; il les donnait en pilules d'après cette formule :

Bleu de méthylène.......
Poudre de guimauve.... } *ââ* 10 centigr.
Extrait de gentiane......

En injections hypodermiques, il n'alla jamais au delà de 0,08 centigrammes par jour.

Cependant, plusieurs autres observateurs n'ont pas retrouvé les mêmes succès et M. Marbot conclut de nombreuses observations que, d'une façon générale, le bleu de méthylène peut rendre quelques services contre le phénomène douleur dans certains cas indéterminés ; mais on ne doit y avoir recours que lorsque toute la série des autres analgésiques aura été épuisée.

Dans le paludisme, son action paraît plus nette et, d'après l'étude des faits, on est autorisé à dire que certainement le bleu de méthylène ne remplacera pas la quinine, mais qu'il pourra trouver son emploi lorsque cette dernière sera impuissante ou bien lorsque son usage devra être prolongé pour obtenir la guérison. Ceci est surtout vrai pour les enfants, chez lesquels la quinine serait, à la longue, la source de désordres organiques graves.

Dans les maladies infectieuses, les résultats ont été très variables ; cependant, dans la blennorrhagie, à la dose de 0,50 centigrammes par jour, et en lavages uréthraux, ils ont été très favorables entre les mains de M. Boinet. Dans la diphthérie, en attouchement (2 gr. pour 18 gr. d'eau), son action a paru utile ; mais dans la tuberculose, où on avait espéré que sa propriété colorante pour le bacille aurait d'heureux résultats, ils ont été à peu près nuls. En somme, ce médicament peut répondre à certaines indications et mérite encore d'être expérimenté ; en voici la posologie :

Les doses moyennes que l'on a employées ont varié entre 0,10 centigrammes et 1 gramme. On devra, croyons-nous, rester dans ces limites et n'atteindre deux grammes ou trois grammes que dans les formes graves du paludisme.

Nous pensons qu'il est bon de ne pas donner du premier coup des doses massives : Il convient de tâter la sensibilité des malades, car il existe des idiosyncrasies pour ce médicament. On pourra commencer par 0,20 à 0,30 centigrammes qu'on donnera par fractions et on atteindra sans danger un gramme chez les adultes.

Les enfants en prendront de 0,25 à 0,50 centigrammes dans les 24 heures. Les doses devront être proportionnées à l'âge de l'enfant, à la gravité et à l'opiniâtreté de la maladie.

En injections hypodermiques, il sera prudent de ne pas dépasser 0,08 à 0,10 centigrammes, car ce mode d'administration paraît accroître considérablement l'activité de ce médicament.

A l'intérieur on le donnera de préférence en cachets. On pourra employer la formule suivante où la noix muscade est associée au bleu pour combattre le ténesme vésical :

Bleu de méthylène....... 0,10 centigr.
Poudre de noix muscade. 0,20 centigr.
(Kasem-Beck.)

Pour un cachet.

Il sera commode de placer un suppositoire, quand il existera une grande intolérance de l'estomac, — cette forme paraît convenir aux enfants, qui ne sauraient avaler un cachet. On peut, il est vrai, le donner en potion, mais l'inconvénient de la coloration apparaît ici, et doit être considéré.

Les injections hypodermiques seront faites profondément : l'on évitera ainsi les eschares qui ont parfois été signalées. Nous n'en avons jamais eu chez nos malades.

La solution destinée aux injections antiblennorrhagiques sera aussi concentrée que l'on voudra (on l'a employée à saturation), car le bleu de méthylène n'est ni irritant, ni douloureux pour le canal de l'urèthre. Les auteurs conseillent de répéter les injections 10 à 15 fois par jour : c'est là une des conditions de succès.

Quant à son emploi comme topique, on aura recours soit à des badigeonnages avec une solution plus ou moins forte, soit à l'insufflation de la poudre elle-même *in loco dolenti*.

(*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*)

MÉDECINE PRATIQUE

L'Erysipèle de la face.

L'érysipèle de la face, appelé autrefois *érysipèle médical*, est aujourd'hui considéré par de nombreux cliniciens comme une affection bénigne, la plupart du temps négligeable, devant laquelle il n'y a qu'à se croiser les bras, parce que fatalement, après un cycle de huit, dix ou douze jours, la maladie aboutit à la guérison.

Cette affection, si redoutée encore dans le vulgaire, passe maintenant inaperçue dans les discussions du Conseil d'Hygiène, et l'Académie, consultée sur la liste des maladies contagieuses à déclarer légalement, n'a pas hésité à en exclure l'érysipèle de la face. Cette sorte de dédain est-elle bien justifiée ? Tel n'est pas notre avis le moins du monde. A. L'érysipèle est souvent dangereux, car il est infectieux et contagieux.

B. Le traitement de l'érysipèle ne doit pas être purement expectatif; l'intervention peut, au contraire, avoir une influence décisive sur l'issue de la maladie. Telle sera la division de l'étude que nous vous présenterons aujourd'hui.

I

INFECTIOSITÉ ET CONTAGIOSITÉ DE L'ÉRYSIPÈLE DE LA FACE.

Nous ne ferons pas ici un tableau symptomatologique de l'érysipèle de la face ; ce serait une banalité superflue. Tous, nous savons la marche envahissante de cette affection, de la gorge aux téguments de la face et du cuir chevelu, ou inversement de la peau faciale à la gorge, au larynx et même aux bronchioles. Ce n'est certes pas une observation sans valeur, celle que résume la phrase célèbre : *L'érysipèle qui rentre est plus grave que l'érysipèle qui sort*. Les bronchopneumonies, l'endocardite, la péricardite, les arthrites érysipélateuses, étudiées encore récemment par Straus, Mosny, Galliard, Le Gendre, sont bien nettement de nature infectieuse, et par cela même d'une gravité exceptionnelle. Le microscope et la bactériologie sont venus confirmer avec éclat les données de la simple clinique.

L'examen du liquide séreux contenu dans le bourrelet érysipélateux de la peau a révélé dans cette sérosité la présence du streptocoque et d'un micrococque en chaînettes extrêmement petit, absolument spécial à l'érysipèle. Dans les broncho-pneumonies, les endocardites, les arthrites, les otites, consécutives à l'érysipèle, on a retrouvé les mêmes espèces microbiennes. Le doute n'est donc pas permis, en ce qui concerne l'infectiosité de cette affection.

Mais il y a mieux que cela encore. M. Widal a démontré bactériologiquement un fait bien connu des cliniciens : L'érysipèle et l'infection puerpérale ont une mêmc origine microbienne. N'est-il pas connu depuis de longues années que les accouchées doivent être scrupuleusement éloignées des érysipélateux ? Nombre de praticiens se souviennent certainement de désastres puerpéraux survenus dans leur clientèle, alors qu'ils avaient à soigner simultanément des érysipèles et des accouchements. Il est absolument prouvé qu'avec une bonne antisepsie et des précautions minutieuses, on peut traiter en même temps une femme parturiente et un malade atteint d'érysipèle grave, sans observer la moindre complication, la moindre fièvre chez l'accouchée ; nous avons eu l'occasion de le constater dans notre propre clientèle ; mais la possibilité de l'infection par les mains ou les vêtements du médecin, nous semble irréfutable aussi. Or, y a-t-il plus épouvantables malheurs que ceux causés par l'infection puerpérale ? C'est donc un formidable danger pour une maison qu'un malade atteint d'érysipèle de la face s'il y a une parturiente sous le même toit. Pourquoi alors en avoir déclaré inutile le signalement à l'autorité administrative ? Cela ne nous semble pas logique. Si on ne fait pas isoler l'érysipélateux, au moins devrait-on toujours désinfecter soigneusement sa literie, ses vêtements, ses meubles, après la guérison, car un peu plus tard, si, dans la même chambre, vient habiter une femme en couches, elle aura de fortes chances d'être infectée.

La contagiosité de l'érysipèle de la face est très faible assurément, mais il en existe des exemples malgré l'optimisme moderne. Ici peut-être plus que pour d'autres affections, la question du terrain est primordiale.

Il y a des terrains remarquablement favorables à la culture de l'érysipèle, car on en connaît les récidives fréquentes chez le même individu.

Si MM. Galliard et Le Gendre n'en ont jamais observé la contagion à l'hôpital, dans les salles d'érysipélateux où, par erreur, on avait placé des personnes non contaminées avant leur entrée, cela ne prouve pas suffisamment l'absence de contagiosité. Nous pourrions leur citer de nombreux cas de laryngite striduleuse ou d'angine herpétique placés par erreur dans le pavillon des diphtériques et qui n'ont pas été le moins du monde contagionnés. Cela prouve-t-il que la diphtérie n'est pas contagieuse ? Les bacilles de Loeffler semés dans la gorge de Peter ont-ils contagionné ce courageux apôtre? Qu'est-ce que cela prouve ? Ce n'est pas une méthode scientifique. Il existe bien des exemples de personnes de la même famille, ou simplement de personnes en visite chez des malades atteints d'érysipèle, qui ont vu survenir, au bout de quelques jours, les premiers symptômes de l'érysipèle. Les squames de la desquamation sont susceptibles de propager la maladie, aussi bien que la sérosité des phlyctènes de la surface cutanée pendant la phase aiguë. Insistons, pour terminer ce chapitre, sur la capricieuse allure de l'érysipèle de la face suivant les sujets. Loin de guérir fatalement, cette maladie provoque fréquemment d'inquiétantes complications. Il est bien certain que l'on ne doit pas considérer comme de l'érysipèle, ces gonflements de la face accompagnés de réaction fébrile qu'on appelle souvent érysipèles blancs des strumeux, et qui reviennent presque périodiquement aux époques menstruelles chez les filles strumeuses. Cela est une sorte de réaction inflammatoire de nature toxémique analogue à la réaction de la tuberculine de Koch. La guérison en est assurée.

Mais le vrai érysipèle de la face est plus meurtrier qu'on ne le dit généralement. M. Tison, à propos de sa communication sur le traitement par l'aconitine, fait remarquer que l'érysipèle de la face et du cuir chevelu a pu causer seize décès en une semaine. Ce n'est pas un nombre négligeable. L'érysipèle se complique fréquemment de délire ataxo-adynamique avec carphologie, agitation maniaque ; c'est le plus souvent chez les alcooliques qu'on observe cette complication ; il est même rare que l'érysipèle aboutisse à la guérison dans ces conditions. Ce n'est pas à la méningite, mais à la congestion encéphalique ou à l'anémie cérébrale qu'on doit attribuer ces graves symptômes. En dehors de la forme nerveuse ataxique, l'érysipèle peut

revêtir la forme adynamique avec collapsus, fréquente aussi chez les alcooliques, la forme pneumonique et bronchopneumonique, toutes deux également mortelles dans la majorité des cas.

En somme, l'érysipèle est une affection trop souvent grave et qui mérite autre chose qu'une expectation systématique.

II

TRAITEMENT DE L'ÉRYSIPÈLE.

Quand on ouvre un traité de pathologie à la page du traitement de l'érysipèle, on le trouve muet ou tout au moins assez peu encourageant à ce sujet. Dans toutes les sociétés savantes où un enthousiaste thérapeute vient prôner un nouveau médicament contre cette maladie, la plupart des membres sourient sceptiquement et se contentent de dire sans discuter : « Bah ! à quoi bon ! qu'on traite l'érysipèle ou qu'on ne le traite pas, le résultat ne change pas. » Eh bien ! nous voulons réagir contre ce scepticisme désespérant. Comme pour l'angine diphtérique, il faut agir vigoureusement et avec conviction dès le début : au commencement, on doit essayer d'enrayer, de faire avorter l'infection cutanée ; si on échoue, il faut poursuivre le microbe avec persévérance et lutter en même temps contre les intoxications produites par les toxines qu'il a répandues partout. Pourquoi admettez-vous cette méthode pour la diphthérie et la rejetez-vous pour l'érysipèle ? Nous ne voulons pas faire un parallèle complet entre l'érysipèle et la diphthérie, bien que les observations et les expériences d'un médecin russe aient précisément montré l'antagonisme remarquable qui existe entre ces deux maladies. Des diphthériques atteints gravement ayant été inoculés par circonstance fortuite ou expérimentalement du virus érysipélateux, furent guéris presque subitement de leur diphthérie. Nous ne conseillons pas de recourir au moyen inverse ; bien que, par la suite, les sérothérapeutes, arrivent peut-être à de brillants résultats dans cette voie, il serait encore dangereux d'essayer de guérir l'érysipèle en inoculant la diphthérie. Mais pour en revenir à notre idée première, nous voulons qu'on traite l'érysipèle comme on traite la diphthérie.

Contre la manifestation cutanée de l'érysipèle, nous conseillons un traitement local, abortif, si cela est possible. Ce traitement local peut être très actif, au début, cela va sans dire. M. Hayem préconise une méthode assez délicate à appliquer, mais que nous croyons souvent efficace. Elle consiste à faire tout autour de la plaque rouge initiale, sur le bourrelet et le dépassant de 1 centimètre en dehors, un badigeonnage bien régulier avec un pinceau étroit imbibé de la solution suivante :

Acide phénique cristallisable.	9 gr.
Alcool à 90°	1 gr.

Au moyen d'un tampon d'ouate hydrophile bien aseptique, on éponge doucement l'excès d'alcool et on recouvre le tout d'une compresse chaude boriquée ne dépassant pas les limites de la plaque rouge.

Le lendemain, si le bourrelet a franchi la circonvallation phéniquée, on recommence autour de lui un nouveau badigeonnage. La difficulté de ce procédé est la possibilité de brûler la peau du malade et de lui faire sur la face une trace rouge vif indélébile. Mais avec quelque attention, cet inconvénient peut être évité.

A côté de la méthode d'Hayem, nous placerons les récentes expériences de Juhel-Rénoy à l'hôpital d'Aubervilliers.

D'après M. Juhel-Rénoy, l'*ichthyol*, ce nouveau médicament de la gynécologie, donne d'excellents résultats en applications sur l'érysipèle de la face ; ce médicament lui paraît en être le véritable spécifique. Il emploie l'ichthyol en solution dans la *traumaticine*, c'est-à-dire dans une solution de gutta-percha avec le chloroforme. On fait une solution à parties égales de traumaticine ichthyolée et on en badigeonne les parties malades, en commençant par circonscrire les limites de l'érysipèle d'un coup de pinceau et en recouvrant ensuite toute la surface incluse dans ce périmètre.

Le seul inconvénient est la couleur brune de ce vernis ; mais il se détache fort bien et ne laisse aucune trace pigmentée sur la peau ; la douleur est rapidement calmée, et l'infection reste généralement limitée à la surface badigeonnée. Il n'y a pas de jugulation véritable, la maladie n'est pas arrêtée instantanément, mais elle cesse de s'étendre.

Nous ne conseillons pas beaucoup les applications de pommade soit salicylée, soit boriquée, soit camphrée, qui peuvent, en bavant sur les téguments, favoriser l'extension de la maladie sur les parties saines. Quand l'envahissement paraît inévitable, mieux vaut se borner à poudrer les surfaces atteintes avec un mélange de poudres antiseptiques :

Talc	en poudre
Acide borique	finement
Antipyrine	porphyrisée.

āā p. é.

Sur le cuir chevelu, la conduite à tenir est plus scabreuse. Notre avis est qu'il faut supprimer la chevelure et se borner ensuite à saupoudrer avec la même poudre précitée ; point de lavages, point de pommade.

Voilà pour le traitement local.

Dernièrement, M. *Tison*, se basant sur cette idée que l'aconitine a la propriété de calmer l'hypérémie et l'hyperalgie de la face, a pensé qu'elle devait avoir une grande efficacité dans le traitement de l'érysipèle de la face, maladie où l'hypérémie et l'hyperalgie sont pour ainsi dire portées au maximum.

« J'ai fait ce traitement, dit-il, dans tous les cas (une vingtaine au moins) d'érysipèle que j'ai eus à traiter, et chaque fois j'ai eu les mêmes résultats : diminution de la durée de la maladie et de la douleur, absence pour ainsi dire de complications, sauf dans deux cas, où, après la guérison de l'érysipèle, il est survenu chez une jeune fille de l'arthrite du genou qui a cédé rapidement, et chez une autre un petit abcès de la tempe, au moins quinze jours après sa sortie de l'hôpital.

On est disposé à rejeter le traitement à cause de l'activité extraordinaire de l'azotate d'aconitine cristallisé. Cette objection n'a pas de valeur, si l'on fait ses dissolutions d'alcaloïde dans un mélange d'eau distillée, de glycérine et d'alcool ayant exactement la densité de l'eau distillée, tel

que 1 gramme, 1 centimètre cube ou 30 gouttes en contiennent exactement 1 milligramme.

On peut donc employer l'azotate d'aconitine cristallisé à la dose d'un cinquantième de milligramme. C'est un médicament qu'on peut manier sans le moindre inconvénient.

M. Tison affirme que, dans tous les cas où il avait administré l'aconitine à des fébricitants, il n'a jamais observé de phénomènes d'intoxication, mais que, dans une circonstance, une de ses malades atteinte d'aphonie complète ayant absorbé environ 12 gouttes d'une solution d'aconitine à 1 pour 2000 (1 deux-millième), elle avait éprouvé, peu de temps après, des fourmillements, une grande prostration sans aucune souffrance. En deux heures, ces phénomènes avaient disparu et la voix était revenue.

Le traitement général est au moins aussi important que le traitement local dans l'érysipèle. Nous usons dès le début de l'antisepsie intestinale, ou plutôt du nettoyage intestinal au moyen des *purgations salines* ; c'est d'ailleurs une antisepsie moins problématique que celle du naphtol et du benzonaphtol. La quinine et l'extrait de quinquina ont une efficacité incontestable et si la sobriété alcoolique du malade est le moins du monde mise en doute, il faut largement l'alimenter d'alcool sous forme de champagne ou de potion de Todd ; 60 grammes de cognac doivent être administrés en 24 heures.

Contre le délire et l'agitation, les piqûres de morphine de 1/2 centigramme et même 1 centigramme ne nous ont pas donné de mauvais résultats ; nous les préférons au chloral, qui congestionne davantage la tête. Les bains tièdes et les affusions vinaigrées sont encore les moyens les plus énergiques pour triompher de ces graves complications, mais, comme toujours, pour donner des bains, il faut être bien outillé et sûr de son personnel.

Contre les complications pulmonaires et cardiaques, les ventouses sèches, les sinapisations et la saignée doivent être employées successivement jusqu'à ce qu'on obtienne un résultat. La dose de cognac sera doublée, 120, 150 grammes même en 24 heures. Il ne faut pas s'endormir avec un Todd à 40 grammes de rhum ; sécurité funeste. Si le cas paraît désespéré, nous engageons vivement à tenter la méthode de Fochier c'est-à-dire la provocation d'abcès par les injections d'essence de térébenthine.

Plus de scepticisme donc, ce serait de l'inertie coupable ; essayons d'enrayer et, si nous avons échoué, fortifions les réserves de l'économie pour étouffer l'invasion, au cœur même de la place.

Dr Paul HUGUENIN,

SYPHILIGRAPHIE

Stigmates révélateurs de la syphilis héréditaire tardive.

Grâce aux beaux travaux d'Hutchinson, de Parrot, et du professeur Fournier, il est aujourd'hui bien établi que les enfants qui ont échappé aux atteintes de la syphilis héréditaire dans les premières années de leur existence, ou qui en ont été guéris, ne sont pas pour toujours à l'abri de ses coups. Elle peut les frapper ultérieurement, jusqu'à un âge assez avancé de la vie, au delà de l'adolescence et de la jeunesse : c'est à cet ensemble d'accidents syphilitiques, dérivant d'une infection héréditaire, et se produisant au cours de la seconde enfance ou de l'adolescence, que l'on donne le nom de *syphilis héréditaire tardive*. Par opposition à la syphilis héréditaire précoce, qui succède immédiatement ou rapidement à la naissance, la syphilis héréditaire tardive est celle qui fait ses manifestations dans un âge plus distant de la naissance, et cela, soit qu'elle entre en action à cet âge, soit qu'elle ait été précédée d'autres accidents de même origine dans le premier âge.

Ces manifestations à longue échéance de l'hérédo-syphilis, « tertiarisme héréditaire », diffèrent fort peu des accidents tertiaires que l'on observe dans la syphilis acquise. Cependant elles sont presque toujours méconnues comme origine, *presque toujours on les rapporte indûment à la scrofule*. Pourquoi ? parce qu'on ne songe pas à rechercher les signes propres à la déceler, à la dénoncer à l'attention.

Dans la majorité des cas, il existe en effet des particularités cliniques qui peuvent être utilisées pour ce diagnostic. En un mot, étant donné un sujet en puissance de syphilis héréditaire, il est possible, même en l'absence d'aucune lésion actuelle, de soupçonner chez lui, quelquefois même d'affirmer cette diathèse native, grâce à certains signes, à quelques stigmates révélateurs de la maladie.

Ces éléments diagnostiques, le professeur Fournier les a exposés, avec autant d'autorité que de talent, dans un ouvrage sur la syphilis héréditaire tardive, et dans des cliniques que nous avons recueillies l'an dernier à l'hôpital Saint-Louis : nous y emprunterons largement, regrettant seulement de ne pouvoir reproduire ici la parfaite clarté et la justesse des expressions, la plupart pittoresques, qui rendent les livres de M. Fournier si agréables à lire, et, partant, faciles à retenir.

Voici d'abord, pour plus de clarté, ces éléments diagnostiques méthodiquement groupés :

I. — *Signes fournis par l'examen du malade.*

1° Constitution, habitus, facies.

2° Développement physique : retard, imperfections, arrêt.

3° Squelette : difformités crâniennes et nasales, difformités osseuses du tronc et des membres, rachitisme.

4° Peau et muqueuses : stigmates cicatriciels.

5° Triade d'Hutchinson : lésions oculaires, lésions et troubles auditifs, malformations dentaires.

6° Testicules : lésions testiculaires.

II. — *Signes fournis par la famille.*

1° Polymortalité infantile.

2° Enquête sur la famille.

Cette classification est évidemment provisoire : la syphilis héréditaire tardive est actuellement un sujet très travaillé, et il est probable qu'on pourra ajouter de nouveaux signes aux signes déjà connus. Mais enfin, c'est là un résumé de l'état actuel de nos connaissances, et une sorte

de *guide méthodique* pour rechercher les éléments divers, qui peuvent concourir au diagnostic de l'hérédo-syphilis tardive.

Constitution. — Habitus. — Facies. — Le plus habituellement, les hérédo-syphilitiques se présentent sous l'aspect de gens délicats, de constitution peu vigoureuse, chétive même. Leur teint est pâle, et plutôt encore grisâtre que pâle ; leur peau est d'une couleur sombre, grise, et d'un gris sale, presque terreux. Mais à part ce dernier trait, frappant en certains cas, cet ensemble ne contient rien que d'assez vague et de banal : il se rencontre chez les sujets accidentellement affaiblis par une cause quelconque et n'offre rien de spécial à la syphilis. Ce qu'il faut en retenir, c'est que, sauf coïncidences éventuelles, les syphilitiques héréditaires ne présentent jamais le facies et l'habitus des scrofuleux : cette peau fine, blanchâtre et transparente, cet éclat rosé du teint, cette hypertrophie massive de la lèvre supérieure, non plus que ces extrémités bleuâtres et à engelures, etc.

Retard, imperfections, arrêt du développement physique. — Nombre de sujets affectés de syphilis héréditaire sont remarquables par le retard et le caractère incomplet de leur développement physique. Si l'on obtient des renseignements sur leur enfance, on apprend qu'ils ont grandi lentement, qu'ils ont marché tard, à 17 mois, à 2 ans, tout comme ils ont fait leurs dents tard et commencé tard à parler. A l'âge où la croissance est presque accomplie, leur taille est petite, souvent bien au-dessous de la moyenne ordinaire : ils sont grêles de forme, comme « étriqués » dans tout leur être. « On se trompe sur leur âge » : on leur donne 4, 5, 6 ans de moins qu'ils n'ont en réalité : ce qui est beaucoup quand il s'agit d'une période de la vie telle que l'adolescence, où quelques années de plus ou de moins correspondent à un changement complet de l'individu. Ils présentent, en un mot, le tableau de l'*infantilisme*.

Ceci montre quelle action puissante la syphilis exerce sur l'organisme humain, quelle influence d'ensemble elle possède, au titre de maladie apportant dans le développement de l'être une perturbation générale.

Difformités crâniennes. — Ces lésions sont appelées à fournir un utile appoint au diagnostic rétrospectif de l'hérédo-syphilis. D'une part, elles ne sont guère de nature, pour la plupart au moins, à passer inaperçues ; et, d'autre part, elles comportent une signification peu contestable quant à leur spécificité d'origine. Cependant elles sont purement éventuelles ; elles peuvent faire défaut dans des cas où la syphilis héréditaire se traduit d'une façon énergique par d'autres manifestations.

Le plus habituellement, les difformités crâniennes de l'hérédo-syphilis affectent le front : elles offrent là trois variétés très distinctes. Dans la première, celle où la difformité osseuse est le plus accentuée, le front se présente proéminent en masse, en totalité, sur toute son étendue : il est haut, large, et bombe en avant : c'est le *front olympien*, le front « ventru». Une seconde variété, plus fréquente, est constituée par le *front à bosselures latérales* : sur un front normal ou proéminent, soulèvements latéraux se produisant de chaque côté de la ligne médiane, sous forme de mamelons aplatis, étalés, circulaires de contour, comparables à ce que seraient les bosses frontales physiologiques plus ou moins exagérées comme saillies. Une troisième variété, presque assez rare pour être taxée d'exceptionnelle, consiste en ce qu'on peut appeler le *front en carène*. Ici le front est bosselé verticalement sur la ligne médiane ; il présente une saillie plus ou moins accentuée qui suit le trajet de la suture médio-frontale, et les parties latérales semblent aplaties et en retrait ; en sorte que le front est projeté en avant, à la façon du sternum au-devant du thorax rachitique.

Sur les parties latérales et supérieures du crâne, les difformités osseuses qui peuvent dériver de la syphilis héréditaire sont moins apparentes : car elles se trouvent masquées par la chevelure. C'est le palper seul qui les révèle. On trouve ainsi, parfois, des *bosselures crâniennes* : soulèvements osseux, tubérosités, véritables bosses analogues à ce qu'est la bosse d'une contusion ; on les rencontre de préférence sur les pariétaux, latéralement. Un second type de déformation consiste dans l'élargissement transverse du crâne, souvent appréciable à première vue, et résultant de la proéminence latérale des pariétaux, qui sont déjetés en dehors. En quelques cas, le crâne, bombé et saillant sur ses parties latérales, se présente en même temps comme creusé d'une rigole médiane supérieurement : c'est là un vestige, atténué par l'âge, de ce que, chez les enfants hérédo-syphilitiques, Parrot a décrit sous le nom de *crâne natiforme*.

Toutes ces déformations crâniennes relèvent de la même cause ; elles sont constituées soit par des hyperostoses, soit par des dépôts ostéophytiques à la surface des os.

Difformités nasales. — Celles-ci méritent toute notre attention ; car elles sont fréquentes et parfois éminemment significatives au point de vue de la syphilis héréditaire. Parfois ce sont des difformités minimes ; mais souvent, il s'agit de difformités grossières, considérables, constituant des nez de conformation absolument vicieuse, des nez de « caricature », et qui sont produites par de véritables *effondrements* du nez, dans son étage supérieur ou inférieur.

Le mécanisme de cet effondrement est simple. Le nez, normalement, est soutenu par une charpente ostéo-cartilagineuse à laquelle il doit sa forme. Que cette charpente vienne à être détruite par une lésion quelconque, le nez aussitôt s'écroule, s'affaisse, « exactement comme le toit d'une maison dont la charpente fait défaut ». Et deux aspects peuvent se trouver ainsi réalisés, suivant que l'effondrement s'est produit plus haut ou plus bas, suivant qu'il a intéressé « la charpente du rez-de-chaussée ou du premier étage ».

Si la charpente du premier étage, représentée par les *os propres*, se trouve détruite, le nez s'affaisse à *sa racine*, s'effondre supérieurement. Et la difformité consiste en un méplat, une excavation ou un vide remplaçant la racine du nez, immédiatement au-dessous de l'épine du frontal. De plus, cet effondrement réagit sur le segment inférieur du nez, qui se trouve tiraillé et entraîné par le recul des parties molles su-

périeures. Ce segment inférieur bascule ; la pointe du nez *se retrousse*, et les narines passent de la direction horizontale à une direction légèrement oblique en avant et en haut.

Au contraire, est-ce la charpente inférieure du nez, représentée surtout par le cartilage de la cloison, qui se trouve détruite ? il se produit une difformité tout autre. Le segment inférieur du nez s'affaisse, mais s'affaisse en subissant un véritable *recul*, de telle sorte qu'il *rentre* dans le segment supérieur, à peu près comme un cylindre de lorgnette rentre dans le cylindre destiné à le contenir. De là résulte : 1° que le profil du nez prend l'aspect d'une ligne brisée ; 2° qu'un bourrelet cutané plus ou moins saillant dessine la ligne suivant laquelle le « segment nasal inférieur s'est enchâssé dans le supérieur». C'est là le *nez en lorgnette*.

Ces difformités ont un passé pathologique. Si l'on remonte dans les antécédents des malades, on apprend que, généralement dans la seconde enfance ou dans l'adolescence, ils ont eu de l'enchifrènement chronique, du jetage nasal, des épistaxis, de l'ozène, que des séquestres osseux ou cartilagineux ont été éliminés par les fosses nasales, et que finalement le nez s'est effondré. Rien de plus clair que cette pathogénie, dont on est si souvent témoin dans la syphilis acquise.

Difformités osseuses du tronc et des membres. — Ce que nous venons de constater sur le crâne, en tant que difformités osseuses, a son analogue sur le tronc et les membres. Là aussi la syphilis héréditaire peut laisser son « estampille » et inscrire la trace de son passage, sous forme de tuméfactions, d'« intumescences » osseuses affectant soit les épiphyses, soit les diaphyses des os longs.

De tous les os, celui qui sera le plus utilement consulté à ce point de vue, celui qui fournira le plus souvent des indices probables ou certains, c'est le *tibia*. « Le tibia, voilà l'os *révélateur* par excellence de la syphilis héréditaire, tant il constitue pour elle un véritable siège de prédilection. » Sur une certaine étendue de la diaphyse, par exemple sur son tiers moyen, le tibia est tuméfié, épaissi, hyperostosé ; la surface de l'os ainsi tuméfiée est souvent irrégulière, bosselée, noueuse ; et, trait caractéristique, la crête du tibia, au niveau de cette portion hyperostosée, perd son aspect de crête, s'élargit, devient mousse et plane, si bien qu'elle ne représente plus un bord, mais une véritable face osseuse. Dans les cas de lésions bien accentuées, il n'est pas rare que le tibia présente une forte courbure à convexité antérieure. On le dirait arqué, arqué en *lame de sabre*, et on le prendrait volontiers pour un tibia rachitique. Ce n'est là cependant qu'une apparence. En réalité, l'os n'est pas incurvé ; il semble tel seulement, en raison de l'hyperostose partielle qui en occupe le segment antérieur. D'autre part, cette hyperostose, en exagérant le diamètre antéro-postérieur de l'os, imprime au membre l'apparence d'un *aplatissement* transversal.

Ce tibia *en lame de sabre* est un signe excellent d'hérédo-syphilis.

Indépendamment de ces lésions partielles, limitées à un segment d'os, le squelette des sujets affectés de syphilis héréditaire peut présenter des *lésions d'ensemble*, telles que : incurvation des os des membres, et plus spécialement des membres pelviens, déformation du thorax en « carène », en « poitrine de pigeon », ou encore déviations rachidiennes pouvant aller jusqu'à la gibbosité.

On le voit, plusieurs de ces difformités osseuses reproduisent exactement, trait pour trait, les altérations usuellement rattachées au rachitisme. Est-ce donc que le rachitisme aurait quelque connexion, quelque parenté avec la syphilis ? Voilà posée la grande question du rachitisme dans ses rapports avec la syphilis héréditaire : question vivement débattue et fort controversée. On se rappelle les remarquables travaux de Parrot à ce sujet ; pour lui, le rachitisme ne serait qu'un dérivé de la syphilis, « un mode d'expression de la syphilis héréditaire vers la deuxième année de l'existence ». Cette doctrine a été vivement combattue : et on la considère généralement, aujourd'hui, comme trop absolue : il existe des cas certains de rachitisme en dehors de toute influence syphilitique héréditaire. A coup sûr, il se rencontre sur les sujets hérédo-syphilitiques avec une fréquence, qui ne permet pas de contester entre la syphilis et lui un rapport de cause à effet : mais ce rapport n'est qu'indirect. « Ce qui semble le plus admissible, dans l'état actuel de nos connaissances, c'est que le rachitisme n'est pas une manifestation syphilitique, une lésion exclusivement syphilitique d'origine et de nature, mais bien une « conséquence banale de l'influence dyscrasique exercée par la syphilis sur l'ensemble de l'organisme et en particulier sur le système osseux ».

Stigmates cicatriciels de la peau et des muqueuses. — C'est un fait usuel que la syphilis héréditaire se traduise dans le jeune âge par des lésions tégumentaires : quand elles sont profondes, ulcératives, destructives, il leur succède des cicatrices apparentes, des stigmates indélébiles. Evidemment la peau peut être lésée de cent façons différentes, en dehors de la syphilis (brûlures, traumatismes, furoncles, ecthyma, gale, varicelle, variole, etc...) : ce qui rend difficile, impossible même parfois l'appréciation diagnostique de cicatrices. Mais il est des cas, au contraire, où des cicatrices de la peau ou des muqueuses, peuvent, en raison de caractères spéciaux, apporter un appoint important au diagnostic rétrospectif de la syphilis héréditaire. C'est aux régions où se localisent de préférence les syphilides ulcératives qu'il faudra les rechercher : *aux lèvres*, *au nez*, *aux fesses*, *à la gorge*.

Ainsi, rien n'est commun, chez les nouveau-nés ou les enfants hérédo-syphilitiques, comme les syphilides des *commissures labiales* : elles laissent souvent à leur suite des cicatrices indélébiles que l'on retrouve, même après de longues années, sous forme d'une petite ligne blanchâtre, effilée, allongée, occupant la commissure des lèvres et la peau adjacente.

De même, pour la syphilis héréditaire comme pour la syphilis acquise, le nez est un véritable siège d'élection : ces lésions ulcéreuses laissent à leur suite des cicatrices étalées, ou des pertes de substance que l'on trouvera de préférence sur les ailes du nez ou sur la sous-cloison.

On recherchera aussi les vestiges de ces syphilides, qui affectent si souvent les enfants du

premier âge au niveau des régions postéro-inférieures du tronc, et postéro-supérieures des membres pelviens. Parrot a bien montré les caractères de ces cicatrices fessières : il faut les rechercher avec attention pour les voir : elles sont frustes, effacées ; ce sont moins des cicatrices que des maculatures, des taches blanchâtres, à contours indécis, remarquablement superficielles. C'est à cela qu'elles doivent leur caractère diagnostique, car il est ainsi démontré que ce sont de vieilles cicatrices, remontant au premier âge, à l'époque où se produisent de préférence les syphilides en cette région.

Arrivons maintenant à la *triade d'Hutchinson* : le premier, Hutchinson a appelé l'attention sur trois ordres de symptômes d'une observation fréquente dans la syphilis héréditaire : inflammations oculaires, troubles de l'ouïe, malformations dentaires, coïncidant souvent entre eux.

Lésions oculaires. — C'est un précepte formel, d'interroger avec soin l'état des fonctions oculaires dans tous les cas où l'on soupçonne l'hérédo-syphilis. L'interrogatoire révélera souvent des antécédents de phlegmasies oculaires, parfois sévères, longues, et ayant déterminé une cécité complète pour un espace de quelques mois ; puis, comme stigmates posthumes de ces lésions, comme reliquats de ces phlegmasies antérieures, on trouvera : soit, du côté de la cornée, des modifications de transparence s'attestant sous forme de néphélions, d'albugos, ou de leucomes ; soit, vers l'iris, des synéchies, ou des déformations variables de la pupille. Et, en effet, les phlegmasies oculaires constituent un ordre de manifestations des plus communes, dans la syphilis héréditaire tardive ; deux surtout sont d'observation fréquente : en première ligne, une variété de kératite, dite kératite interstitielle diffuse, et, en seconde ligne, mais à longue distance numérique, l'iritis.

Lésions et troubles de l'ouïe. — De même certaines lésions, et, bien plus souvent encore, certains troubles de l'ouïe peuvent concourir utilement au diagnostic rétrospectif : toujours pour la même raison, parce que ces lésions et ces troubles sont des accidents communs de la syphilis héréditaire. Dans les antécédents, on recherchera les écoulements purulents de l'oreille, et comme signes actuels, les altérations diverses du tympan, et l'état de l'ouïe.

Malformations dentaires. — Voilà un sujet sur lequel on s'est livré à des discussions interminables. Et que de descriptions d'une longueur fastidieuse ! La syphilis héréditaire, comme toutes les causes générales qui sont susceptibles de produire une lésion de nutrition quelconque, peut devenir l'origine de malformations dentaires persistantes, en troublant, en interrompant le développement du follicule. Ces malformations sont très variées : elles peuvent éveiller le soupçon d'une hérédo-syphilis, ouvrir une voie diagnostique : on ne peut guère leur demander davantage. Parmi elles, il en est une cependant qui constitue un élément diagnostique d'une incontestable valeur, une présomption formelle d'hérédité syphilitique, car « on n'a pas encore opposé à cette malformation dentaire une seule observation contradictoire absolument authentique » (Fournier) : c'est l'*échancrure semi-lunaire des incisives médianes supérieures*, ce que l'on appelle la *dent d'Hutchinson*.

C'est elle qui forme, avec la kératite parenchymateuse et les troubles de l'ouïe, la triade d'Hutchinson. En voici la description sommaire : « Cette échancrure semi-lunaire, échancrure en croissant, en coup d'ongle, a son siège de prédilection sur les incisives médianes supérieures de la seconde dentition. L'échancrure semi-lunaire du bord libre est presque toujours taillée en biseau aux dépens de son bord antérieur ; ses angles sont arrondis. Il en résulte que la dent est diminuée dans sa hauteur et aussi dans sa largeur, principalement en bas, ce qui lui donne l'aspect d'un tournevis. En outre, son axe, au lieu d'être perpendiculaire, est souvent incliné en bas et en dedans, ce qui constitue les dents obliques, convergentes. » (1)

Lésions testiculaires. — Parrot et Hutinel ont montré qu'il existe un sarcocèle syphilitique infantile identique au sarcocèle syphilitique de l'adulte, et présentant la même évolution et les mêmes terminaisons que celui-ci. C'est-à-dire que traité, il guérit, et non traité (ce qui arrive d'autant plus fréquemment que la lésion est indolente et que l'on ne songe pas à examiner les testicules chez l'enfant), il aboutit à une atrophie plus ou moins complète de la glande. Ainsi, lorsqu'on examine un sujet qui a eu, dans son enfance, un ou plutôt deux sarcocèles syphilitiques, la lésion étant presque toujours double, on trouve les testicules petits, durs, noueux, irréguliers, de forme quelquefois bizarre. Et cela, sans histoire pathologique, sans traces d'oreillons ou de traumatismes des bourses dans les commémoratifs. Cette atrophie testiculaire, avec déformation et dureté scléreuse de la glande, constitue un signe de haute valeur pour le diagnostic rétrospectif de la syphilis héréditaire tardive.

Tels sont les divers signes susceptibles de révéler l'influence hérédo-syphilitique, indépendamment même de toute manifestation spécifique actuelle. Ils ont, comme on le voit, une valeur très inégale : aucun n'est, en soi, pathognomonique, dans le sens strict du mot. Rarement cependant ces particularités révélatrices de l'hérédo-syphilis sont assez atténuées, assez effacées pour que le diagnostic n'ait pas à en tirer d'éléments de certitude. Il faut donc, dans les cas douteux, rechercher ces stigmates qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic, les contrôler les uns par les autres, les contrôler surtout par les éléments qui, en dehors du malade, peuvent aider à ce diagnostic rétrospectif : l'existence de la polymortalité infantile dans la famille, et l'interrogatoire des parents.

La syphilis, en effet, est une des causes les plus fréquentes des avortements répétés et de la mort prématurée des enfants : c'est une vérité banale, sur laquelle il est inutile d'insister ici.

L'enquête poursuivie du côté des parents est toujours nécessaire. Lorsqu'elle est positive, seule elle permet d'affirmer absolument l'exis-

(1) Mauriac. Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire. Baillière, 1890.

tence de l'hérédo-syphilis ; si on ne trouve rien (et les causes d'erreur, la dissimulation volontaire ou involontaire sont ici fréquentes) et que les principaux stigmates de la maladie soient réunis sur le sujet examiné, le fait ne sera pas absolument démonstratif au point de vue scientifique, mais il le sera au point de vue pratique, et l'on devra sans hésitation instituer le traitement convenable. Il est bien évident que cette enquête sur la famille sera dirigée avec tout le tact, la discrétion et l'adresse nécessaires en pareil cas.

JOURDAN,
Interne des Hôpitaux de Paris.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Fixation des honoraires médicaux en Hongrie.

Nous empruntons au *Bulletin médical* le tableau suivant :

Le conseil d'hygiène de Hongrie vient d'élaborer une nouvelle taxation d'honoraires médicaux qui doit remplacer celle en usage, laquelle date de 1828. Il est spécifié que cette taxation n'est pas obligatoire et n'empêche nullement médecins et clients de convenir d'autres prix que ceux indiqués. Elle est seulement établie dans le but de guider les juges qui auraient à apprécier des questions d'honoraires. En voici les chiffres (le florin d'or vaut 2 fr. 50) :

Visite de jour dans la capitale 2 florins ; dans les villes au-dessus de 10,000 habitants, 1 fl. 50 ; dans celles au-dessous de ce chiffre, 1 florin.

Visites de nuit suivant les classes précédentes, 3, 2 et 1 fl. 50.

Demi-journée passée auprès d'un malade, 10, 7 et 5 florins.

Journée entière, 20, 14 et 10 florins.

Demi-nuit passée auprès d'un malade, 15, 10 et 7 florins.

Nuit entière, 30, 20 et 14 florins.

Consultation de jour, 8 florins pour la capitale et 7 dans les autres villes.

Consultation de nuit, 10 et 8 florins.

Petites interventions chirurgicales (injections sous-cutanées, vaccination, saignée, cathétérisme, extraction d'un corps étranger de la conjonctive, recherche de la grossesse, pansement simple, etc.), de 2 à 10 florins.

Opérations chirurgicales et obstétricales (telles que : amputation de la luette, cathétérisme de l'œsophage, suture d'une plaie, ténotomie, amputation des amygdales, réduction d'une hernie, hydrocèle, ponction de la vessie, application d'un appareil, réduction d'une luxation, d'une fracture, ablation d'un doigt, accouchement difficile, délivrance artificielle, extraction d'un corps étranger de la cornée, etc., assistance à une opération plus importante), de 10 à 25 florins.

Opérations chirurgicales et obstétricales plus graves (réduction et pansement de fractures graves, opération d'un bec-de-lièvre ou d'un cancer de la lèvre, uréthrotomie, séance de lithotritie, ligature d'une artère dans la continuité, trépanation, résection d'un maxillaire, herniotomie, amputation des membres, opération de fistule, suture de tendons, ovariotomie, accouchement avec placenta prævia, embryotomie, opération césarienne, opération de la cataracte, etc.), de 25 à 30 florins.

Autopsie avec rapports sur demande, 25 florins.

Certificat, 8 florins, dans la capitale et 6 ailleurs.

Pour les individus connus comme riches, ces prix peuvent être doublés ou augmentés en raison de la situation pécuniaire du malade. Pour les visites éloignées, il y a lieu de tenir compte du prix du véhicule et lorsque la distance est supérieure à deux kilomètres, du temps que prend le trajet. Le prix indiqué pour les consultations n'est applicable au médecin traitant que lorsque la consultation a lieu sur la demande du malade ou de ses proches.

Les soins donnés au cabinet du médecin sont tarifés comme ceux donnés au domicile du malade.

Nous ferons remarquer que le Conseil d'hygiène nous paraît tarifer bien bas les journées et les nuits passées auprès d'un malade, et qu'il est étrange de fixer un même prix pour une ovariotomie et la suture d'un tendon.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

Médecins et Sociétés de secours Mutuels.

Au moment où le Corps médical tout entier s'efforce de faire modifier les anciens errements des Sociétés de secours mutuels ; au moment où la Ligue Nationale de la mutualité propose au *Concours médical* et à l'*Union* la réunion d'une commission mixte où seront examinés les rapports entre les médecins et les Sociétés, on est positivement stupéfait de voir comment ce mouvement professionnel est apprécié en haut lieu.

Chaque année, le Ministre de l'Intérieur adresse au Président de la République un rapport général sur le fonctionnement des Sociétés de secours mutuels. Conformément à cet usage vient de paraître le rapport sur l'année 1891, et dans ce rapport voici comment s'exprime le Ministre, M. Dupuy :

A ce sujet, j'ai le regret de vous informer, qu'une certaine partie du Corps médical manifeste une tendance à la coalition contre les traités en usage entre les médecins et les Sociétés de secours mutuels. A la faveur de la loi sur l'exercice de la médecine, votée en novembre 1892, qui permet, en son article 13, aux médecins de bénéficier de la loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels, des syndicats médicaux se sont formés et ont émis la prétention d'empêcher les médecins de soigner à l'abonnement les malades de ces associations et de faire des visites au-dessous d'un tarif minimum, établi par ces syndicats, sous peine d'exclusion et de mise à l'Index. Un syndicat du département de la Seine, notamment, a pris l'initiative de ces mesures arbitraires, qui portent atteinte à la liberté du travail et frappent des groupements philantropiques de travailleurs, habitués jusqu'à présent à la bienveillance de tout le monde.

Il y aurait à craindre que la suppression de l'abonnement, pour le traitement des malades mutualistes, ne donnât carrière à l'abus des visites, qui a déjà motivé les réclamations d'un grand nombre de Sociétés. D'autre part, serait-il équitable d'o-

bliger les jeunes médecins dont la clientèle n'est pas encore faite, à ne pas exercer leur profession en dehors des règles autoritaires établies contre leur gré ? Les Sociétés de secours mutuels favorisent l'art de la médecine, en ce sens qu'elles permettent aux jeunes médecins qui y sont attachés d'acquérir l'expérience qui leur manque, et le système de l'abonnement les facilite dans cette tâche. L'individu hésite à confier sa santé aux débutants. La collectivité les accepte moyennant des prix modiques. Donc, les Sociétés de secours mutuels rendent service à ces jeunes médecins, et ceux-ci, tout en se perfectionnant, font acte de réciprocité. Pourquoi, dès lors, entraver cette liberté de part et d'autre ? Il faut espérer, que le Corps médical pris dans son ensemble, et dont le dévouement n'est pas mis en doute, ne se prêtera pas à cette combinaison, et que cette tentative émanée de membres d'une corporation qui jouit déjà d'un monopole, n'aura pas de suites. L'institution des Sociétés de secours mutuels ne doit pas être un objet de spéculation, et beaucoup de médecins dont les moyens d'existence sont assurés le comprennent, si bien qu'ils donnent gratuitement leurs soins aux personnes qui les composent.

Naturellement la presse politique ne pouvait laisser passer un tel document sans épiloguer: l'exploitation des mutuellistes, l'oppression des syndicats, les entraves *à la liberté du travail*, forment le fond des diatribes et le rapprochement s'impose, comme de juste, avec les scènes qui ont émaillé les dernières grèves des mineurs.

On n'a pas encore vu des patrouilles de médecins, armés de gourdins, empêcher les dissidents de porter leurs soins aux mutuellistes ; mais cela viendra !

On ne saurait trop protester contre le langage du ministre qui paraît bien mal connaître les questions dont il parle.

Il y a certainement une exploitation qui est inadmissible, mais ce ne sont pas les mutuellistes qui en souffrent ; tous nos lecteurs peuvent le certifier — mais un ministre oserait-il parler d'exploitation quand les médecins sont les exploités ? Ne sont-ils pas faits pour qu'on use et qu'on abuse d'eux en toutes circonstances ? Est-ce que la lutte pour la vie les concerne ?

Il n'y a que les travailleurs ouvriers d'intéressants et certes les médecins ne sauraient rentrer dans cette catégorie ! — Tout le monde sait que ce sont des capitalistes vivant de la misère d'autrui.

Qui diable aussi s'est avisé de leur permettre de s'unir en syndicats ? — On leur a interdit de défendre leurs intérêts contre l'omnipotence de l'Etat, des Départements et des communes — la belle affaire ? Il fallait leur interdire encore de se syndiquer contre les collectivités et les individus !

La liberté, confrères, n'est pas faite pour nous et, si on le peut, on nous le fera bien voir.

Reste à savoir si on le pourra.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de la Vienne.

14 *Juin* 1893.

Présents : MM. Pouliot, *Président* ; Amirault, Berland, Brossard, Buffet-Delmas, Blanchon, Chédevergne, Chrétien, Granger, Guilhaud, Litardière (Arthur), Litardière (Louis), Junin, Maillard, Poisson, Ponteil, Piorry de St-Georges, Piorry de Verrières, Périvier, Raguit et Roland.

Excusés : MM. Lusseau, Desminières, Girault et Barancy.

M. le Dr Buffet-Delmas, *Trésorier*, lit le compte-rendu financier.

Le Syndicat, après avoir approuvé les comptes du Trésorier, décide que le recouvrement des cotisations se fera dans le cours du premier mois de l'année.

Le Président prend ensuite la parole pour mettre les membres du Syndicat au courant de ce qui s'est passé le 27 novembre 1892 dans la séance de l'Union des Syndicats. Il annonce qu'il a été nommé Vice-Président et que l'Union des Syndicats s'est occupée principalement de l'exercice de la médecine par les médecins militaires et de la question des médecins de frontières.

Exercice par les médecins militaires.

Au sujet de l'exercice de la médecine par les médecins militaires, le Dr Pouliot rend compte de toutes les démarches faites par le bureau du Syndicat médical de la Vienne et par lui personnellement auprès des autorités militaires du 9e corps, pour obtenir le départ de Poitiers du Dr P.., qui, nommé à Marseille, a su tourner les ordres donnés, en se faisant accorder un congé de convalescence de trois mois, qui a été renouvelé, bien que la maladie n'ait jamais empêché ce docteur d'exercer la médecine civile du matin au soir.

En présence des réponses évasives et ambiguës des différentes autorités auxquelles on s'est adressé, le Syndicat Médical décide que l'on s'adressera directement au Ministre de la guerre, dont la dernière circulaire défend absolument aux Médecins militaires de faire de la clientèle civile intensive et rétribuée. Le Dr Pouliot est donc chargé d'écrire directement au Ministre de la Guerre pour le mettre au courant de la situation anormale du Dr P.., en joignant à sa lettre toutes les pièces concernant cette affaire.

Assistance médicale.

Le Syndicat est ensuite appelé à donner son avis sur la lettre adressée par le Syndicat des Pharmaciens de la Vienne au Conseil Général au sujet du service gratuit d'assistance médicale et pharmaceutique, lettre dans laquelle les pharmaciens demandent :

1° La suppression de l'article 4 du règlement permettant de réduire les honoraires, si le crédit voté est insuffisant.

2° La nomination de 4 pharmaciens au lieu de 2 dans la commission de vérification.

Le Syndicat médical ne croit pas devoir appuyer la demande des pharmaciens au sujet de la suppression de l'article 4 du règlement, parce que ce serait demander au Conseil général d'ouvrir un *crédit illimité* au service gratuit de l'assistance médicale et pharmaceutique, ce qui est incompatible avec toute bonne administration.

Il est d'avis qu'il faut accepter le principe de la réduction des honoraires, et que le meilleur moyen d'empêcher cette réduction, c'est de rechercher et de faire disparaître les causes de l'insuffisance du crédit affecté à ce service. Il est convaincu, du reste, que si les listes d'indigents sont faites d'une façon régulière et que si la cotisation individuelle est portée de 1 fr. 25 à

1 fr. 50, tout déficit disparaîtra dans ce service.

Pour obtenir des listes régulières, le Dr Buffet-Delmas demande que les médecins s'occupant du service forment eux-mêmes une liste qu'on comparera ensuite à la liste municipale.

Le Dr Roland donne les renseignements suivants sur la situation du service gratuit de l'assistance médicale et pharmaceutique pendant l'année 1892 :

Le déficit, malgré une recette de plus de 21,000 fr., s'élève, pour l'année 1892, à 4,626 francs.

En présence de cette constatation le Syndicat décide que le Dr Roland demandera au Conseil général de vouloir bien payer le déficit de commun accord avec les communes adhérant au service.

Une Commission, composée des Drs Berland, Buffet-Delmas et Roland, est ensuite nommée pour répondre au Préfet au sujet de la lettre du Syndicat des pharmaciens et pour étudier les moyens d'obtenir les listes dressées régulièrement par les municipalités.

Au sujet de la loi sur l'assistance publique des indigents, qui doit être prochainement présentée devant les Chambres, M. le Président annonce que le bureau de l'Union des Syndicats fait son possible pour obtenir les conditions les plus avantageuses pour le Corps médical, et oppose toute son influence aux exigences quelquefois inexplicables de M. Monod, l'organisateur actuellement tout-puissant de l'assistance publique.

Le point en litige est celui de la représentation du corps médical dans les Conseils communaux d'assistance. M. Monod et le gouvernement ne veulent pas accorder la présence de droit d'un médecin dans la Commission ; au contraire, plusieurs sénateurs, MM. Trarieux et Cornil veulent l'obtenir avec le minimum de la voix consultative. On ne peut pas obtenir plus. Il faut bien reconnaître qu'on pourra remédier à cette situation fâcheuse du médecin, si le Préfet ou le Maire prennent comme habitude de nommer un médecin parmi leurs délégués spéciaux avec voix délibérative.

Communications des Syndics.

Le Dr Amirault propose comme nouveau membre du Syndicat, le Dr Guiet, de Mont-sur-Guesnes, qui est déjà agréé par le Cercle de Loudun. Le Dr Guiet est admis à l'unanimité.

Le Dr Chrétien, syndic de Poitiers, présente les candidatures des Drs Moreau de Lusignan et Malapert, de Poitiers, déjà admis par le Cercle de Poitiers. Ces deux confrères sont admis comme membres du Syndicat à l'unanimité des membres présents.

Le Dr Chrétien demande que le Syndicat fixe les honoraires de la médecine des cantonniers. On fixe le prix de la consultation et de la visite en ville à 2 fr., et de la visite au delà des boulevards et hors de l'octroi à 3 fr. Le Syndicat est d'avis que les cantonniers doivent être taxés dans tout le département au tarif des ouvriers ordinaires.

Syndicat médical de l'arrondissement de Caen.

16 Janvier 1893.

Présents : MM. Barette, *Président* ; Barthès, Fayel, Catois, Duvivier, Gidon, Léger, Guiot, Nourry, Osmont, Quermonne, Vigot (de Caen), Gautier (de Lion), Hauttement (d'Evrecy), Vauquelin (de Tilly), Tessel (de Luc), Tourmente (de Courseulles).

Excusés : MM. Bourrienne (de Caen), Collet (de Noyers), Lemonnier (de Troarn).

Me Bénard, conseil judiciaire, assiste à la séance.

M. Barette, président, rappelle que les Syndicats médicaux ont maintenant une existence légale (loi du 22 novembre 1892). M. le Préfet du Calvados, à qui il est allé présenter les statuts du Syndicat, s'est montré bienveillant et tout disposé à s'entendre avec le Syndicat pour l'organisation de certains projets, et en particulier pour la question de l'assistance médicale des indigents.

Sur la proposition de *M. le Dr Duvivier* (de Caen), il est décidé que les confrères qui exercent sur les limites de l'arrondissement de Caen pourront être admis, sur leur demande, dans les formes habituelles, à faire partie du Syndicat.

Il est également décidé, à propos d'une question de *M. le Dr Catois* (de Caen), qu'on ne répondra pas à un article du journal *Le Bonhomme Normand*, qui contient des insinuations malveillantes à l'égard du Syndicat. L'exposé de la première séance, publié dans l'*Année Médicale* de Caen, sera la seule réponse.

Union des Syndicats.

M. le Président rappelle qu'en 1884, il a paru indispensable d'établir entre les Syndicats médicaux existants, une union leur permettant d'établir entre eux des rapports, d'échanger leurs idées et de s'inspirer mutuellement dans leurs décisions ; ainsi a été fondée l'Union des Syndicats. Cette union possède une commission permanente destinée à centraliser les travaux et un bulletin que reçoivent tous les médecins appartenant à des syndicats faisant partie de l'Union. L'Union peut même, dans certaines affaires litigieuses, appuyer par ses subsides les Syndicats qui en auraient un réel besoin.

L'adhésion des syndicats à l'union se fait suivant des formes régulières réglées par les statuts, elle entraîne le versement annuel d'une contribution de 2 francs par membre syndiqué.

L'adhésion du syndicat de l'arrondissement de Caen est votée à l'unanimité.

Assistance publique dans les Campagnes.

Le président rappelle que, l'année dernière, sur la proposition de M. Rey, la Chambre vota en première lecture un projet de loi qui a été renvoyé au Sénat, qui semble devoir l'adopter. Il est utile que, comme dans les départements où un règlement de l'Assistance publique a été déjà adopté, d'après l'accord entre les préfectures, les Conseils Généraux et les Syndicats médicaux, nous prenions position sur cette importante question.

Une commission, composée du Bureau et de MM. Barthès et Duvivier, est chargée d'étudier les documents relatifs à cette affaire.

REPORTAGE MÉDICAL

Nous tenons à rectifier une erreur d'impression qui s'est glissée dans notre compte rendu de l'As-

sociation mutuelle de la Seine : au lieu de 10,500 francs d'indemnités payées, il faut lire : *Trente mille cinq cents francs.*

— M. le Dr Gilles de la Tourette, notre collègue de l'Association de la presse médicale, vient d'être l'objet d'une tentative d'assassinat par une détraquée, sortie récemment de l'asile Sainte-Anne, qui a tiré sur lui plusieurs balles, dont une a produit une plaie dans la région occipitale. Elle a été extraite par le Dr Delbet, et le blessé est en voie de rétablissement.

Nous félicitons notre confrère d'avoir échappé au grand danger qu'il a couru.

— Le dimanche 26 novembre, le Syndicat de la Seine a tenu son Assemblée générale dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

Le Président, M. Le Baron, a annoncé que 200 adhérents nouveaux se sont joints, en 1893, aux 300 fondateurs. Le Syndicat a présenté au Sénat des rapports sur la *patente*, sur l'*exercice de la pharmacie*, sur l'admission des faux pauvres dans les hôpitaux et cliniques, sur l'Assistance médicale à domicile, sur les Sociétés de Secours-Mutuels, sur la conservation de l'ancienne École de Médecine, sur des arbitrages entre confrères et clients, et il a adhéré récemment à l'*Union* des Syndicats médicaux.

Le nombre des membres du Comité a été porté de 10 à 15. Bureau : Président : M. Le Baron. Vice-président : M. Le Blond (Albert). Secrétaire général : M. Peltier (Henri). Secrétaire général adjoint : M. Meugy. Trésorier : M. Savornin. Membres : MM. Duchesne, Gourichon, Fissiaux, Pioger, Laloy, Birabeau, Philippeau et Thoumas.

Le soir le banquet a eu lieu au Grand-Hôtel et des toasts nombreux ont été portés par MM. Le Baron, Le Blond, Isaac, Rocher, etc.

— Honneur à la mémoire de Mme *Bouisson*, veuve de l'ancien doyen de la Faculté de Montpellier. Elle a légué à celle-ci un million cinq cent mille francs, pour fondations scientifiques et charitables, prix aux élèves, collections et œuvres d'art, etc.

— *Impôt sur les voitures en Espagne.* — On vient, en Espagne, d'établir un impôt sur les voitures de luxe ; mais, chose bien naturelle, on a eu soin de considérer comme exemptes de cet impôt les voitures des médecins de campagne, servant exclusivement aux visites professionnelles.

— Les journaux hongrois rapportent le triste drame professionnel, dont vient d'être victime un médecin de Presbourg, le Dr Béla Bokh.

Le docteur rentrait chez lui, après avoir donné ses soins à un enfant diphtéritique, et n'avait pas eu le temps de changer de vêtements, quand son fils vint se jeter à son cou et l'embrasser, malgré ses efforts pour l'éloigner de lui.

Deux jours après, le petit garçon était pris de diphtérie et succombait rapidement.

La raison de l'infortuné père n'a pas résisté à ce malheur et le Dr Béla Bokh mourut lui-même après une maladie de quelques jours pendant laquelle il ne cessait de répéter : « J'ai tué mon enfant ! »

(*Médecine moderne.*)

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3837. — M. Bichon, médecin à Blain (Loire-Inférieure), membre du Syndicat de la Loire-Inférieure.

N° 3838. — M. le Dr Cavaillé, à Villefranche-de-Rouergue (Aveyron), membre de l'Association des médecins de la Gironde.

N° 3839. — M. le Dr Rachet, à Honfleur (Calva[dos]), membre du Syndicat de Pont-l'Evêque.

N° 3840. — M. le Dr Ravaillier, à Saint-Amand (Vendôme (Loir-et-Cher), membre de l'Association des médecins du Loir-et-Cher.

N° 3841. — M. le Dr Saric, à Rauzan (Giro[nde]), membre de l'Association des médecins de Sein[e-et-]Marne.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteu[rs le] décès de M. le docteur Gavaudan, de Bédarieux (H[é]rault), membre du Concours médical.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'École de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois

Publications nouvelles.

Hygiène et traitement du diabète, par le Dr E. [Mo]nin. — Paris (Société d'Éditions scientifiques), 3e édition, relié : 3 francs.

Le livre de M. Monin est court, mais il n'en es[t pas] plus mauvais pour cela, car l'auteur a su choisir [parmi] les multiples médications conseillées contre le [dia]bète, « maladie guérissant peu, mais qu'on pous[se] », celles qui ont une utilité réelle. Contre la form[e lé]gère, il recommande simplement l'hygiène [et le] régime ; dans la forme moyenne, ce dernier uni [à la] médication alcaline est d'une efficacité incontest[able ;] enfin, dans la forme grave, régime et médication [alca]line sont mal supportés et il faut alors faire les grands efforts thérapeutiques et ne négliger au[cune] indication symptomatique : M. Monin passe en [revue] les différents agents de la médication antidiabét[ique,] indique pour chacun d'eux leurs avantages et leur[s in]convénients et consacre des chapitres spéciau[x au] traitement hydrologique, au traitement des accid[ents] et des complications. Enfin, ce petit livre de conseil se termine par un formulaire qui perm[et] au praticien de varier facilement ses prescript[ions.]

(*Union médicale.*)

Larbalétrier (Albert), professeur à l'École d'A[gri]culture du Pas-de-Calais. **Les grandes cult[ures] de la France.** Un volume in-16° de 360 pag[es,] 3 fr. 50 broché et 4 fr. cartonné. (Nouveau vo[lume] de l'encyclopédie des connaissances pratiques.)

Ce n'est pas un traité didactique d'agriculture l'auteur a voulu présenter au public, mais bien [une] série de monographies claires et pratiques concer[nant] les plantes agricoles dont la culture occupe en Fr[ance] les plus grandes étendues. Malgré cette sélection, [l'ou]vrage parle encore d'un grand nombre de végé[taux] alimentaires, industriels, fourrages, etc. C'est [assez] dire qu'il présente la plus grande variété. Écrit [dans] un style simple et élégant, d'une lecture très fa[cile,] ce volume s'adresse à tous : aux gens du monde, [aux] citadins ; il apprend comment on cultive le blé [qui] donne le pain, la betterave qui fournit le sucre, l[e lin] qui donne la toile, etc., etc., produits courants, [dont] beaucoup, parmi les plus instruits, ignorent l'ori[gine] première et que les traités techniques d'agricul[ture] rebutent. Aux agriculteurs de profession, cet ouv[rage] ne sera pas moins utile, car, étant au courant des récentes découvertes de la science agronomique e[t des] nouvelles méthodes de culture, plus d'un pratici[en] trouvera un renseignement utile dont il fera son pr[ofit.]

Envoi franco par la poste contre un mandat.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-A[ndré]
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année N° 51 23 Décembre 1893

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Les tractions rythmées de la langue dans l'asphyxie consécutive à la trachéotomie.

Le procédé imaginé par le Dr *Laborde* est tous les jours appliqué avec de nouveaux succès, contre tous les genres d'asphyxie, et on ne compte déjà plus le nombre des malheureux ressuscités grâce à cette merveilleuse découverte. Ce procédé est applicable non seulement à l'asphyxie par le chloroforme, mais encore à l'asphyxie consécutive à la trachéotomie. M. *Moizard*, de l'hôpital Trousseau, communique deux observations trop intéressantes pour n'être pas rapportées en entier.

On sait combien il est fréquent, soit lorsqu'un enfant est opéré à une période avancée du croup, soit lorsque la trachéotomie présente des difficultés, qui en retardent la terminaison, de constater l'arrêt de la respiration après l'opération. Il y a là en quelque sorte une sidération du bulbe chez un enfant qui a lutté pendant de longues heures contre l'asphyxie. Les excitations cutanées et trachéales, les injections de caféine, mais surtout la respiration artificielle longtemps et énergiquement pratiquée, rétablissent le plus souvent les mouvements respiratoires. Il arrive quelquefois cependant que l'enfant ne peut être rappelé à la vie qu'après de longs efforts et de terribles angoisses. Aussi ne saurait-on être trop armé contre ces formidables accidents. Les tractions rythmées de la langue peuvent être fort utiles en pareil cas, ainsi que le prouvent les deux observations suivantes :

I. Emilie F..., âgée de 4 ans, entrée à l'hôpital Trousseau avec une angine diphtérique de moyenne intensité et du croup, est prise, le 7 novembre, d'un accès de suffocation qui exige une trachéotomie immédiate. L'opération est faite suivant les règles ordinaires; mais la trachée est molle et la première incision, trop courte, doit être prolongée. L'hémorrhagie est abondante, une certaine quantité de sang pénètre dans la trachée, et, lorsque après quelque retard, on parvient à introduire la canule, l'asphyxie est complète ; les lèvres sont violacées, les pupilles largement dilatées, l'enfant semble mort.

A l'aide d'une pince hémostatique fixant l'extrémité de la langue, on pratique alors des tractions rythmées, suivant le procédé de M. Laborde. A la sixième traction, l'enfant fait une profonde inspiration, suivie d'une forte expiration qui détermine le rejet par la canule d'une fausse membrane assez volumineuse et de sang.

A partir de ce moment, on fait encore une douzaine de tractions de la langue, et peu à peu la respiration se rétablit.

Ce qui a été remarquable dans ce fait, c'est la rapidité avec laquelle la respiration a reparu. Au bout de six tractions, c'est-à-dire en quelques secondes, tout danger d'asphyxie avait disparu.

II. Dans la deuxième observation, c'est après avoir essayé la respiration artificielle qu'on eut recours aux tractions rythmées avec un plein succès. Il s'agit d'un enfant de quinze mois, amené à l'hôpital dans un état tel qu'il ne respirait plus quand on l'étendit sur la table d'opération. C'est presque sur un cadavre que la trachéotomie fut pratiquée. Bien que très rapide, l'introduction de la canule ne provoque aucun réflexe, aucun effort de toux; l'enfant ne respire pas. La respiration artificielle, pratiquée immédiatement, amène à l'orifice de la canule une fausse membrane assez volumineuse, qui est enlevée. Mais l'enfant reste toujours en état de mort apparente. C'est alors qu'on se décide à pratiquer les tractions rythmées. A la dixième ou douzième traction, l'enfant fait une forte ins-

piration ; les tractions sont continuées encore quelques instants, et la respiration ne tarde pas à se rétablir.

Un nouveau cas d'asphyxie des nouveau-nés guéri par les tractions rhythmées de la langue.

Le Dr *P. Huguenin*, de Paris, nous prie de joindre à ce qui précède, en faveur du procédé du Dr Laborde, une observation probante de l'efficacité de ce procédé. Il y a quelques jours, à la suite d'un accouchement très laborieux en présentation du siège, les eaux étant écoulées depuis vingt-quatre heures, le fœtus ayant expulsé une grande quantité de méconium, les battements du cœur ayant cessé d'être perceptibles, l'enfant fut extrait par le forceps et considéré comme mort par la sage-femme et les personnes présentes. Les tractions rhythmées de la langue furent pratiquées immédiatement, avant même que le cordon fût sectionné ; puis on frictionna l'enfant, on l'enveloppa de serviettes chaudes et on le sépara du placenta maternel, tandis que les tractions étaient continuées avec patience.

Au bout *d'un quart d'heure*, on sentit nettement les battements du cœur et l'enfant fit un effort d'inspiration. Dix minutes encore s'écoulèrent pendant lesquelles l'enfant fit plusieurs mouvements respiratoires ; la gorge fut nettoyée avec un tampon d'ouate hydrophile et l'enfant revint définitivement à la vie. Il est actuellement en bonne santé. Voilà une résurrection que n'auraient certes pas faite nos pères avec le tube laryngien et même avec la respiration artificielle.

Solutions hypodermiques stérilisées.

Un pharmacien de Paris, M. *Durand*, a eu l'heureuse idée de réaliser, pour les solutions qu'on emploie en injections hypodermiques, une amélioration, qui rendra grandement service pour la facilité du transport des solutions et pour leur stérilité microbienne parfaite (1).

Dans une petite ampoule de verre d'une contenance de 1 cm. c. 5 environ, c'est-à-dire, la contenance approximative d'une seringue de Pravaz, dans cette ampoule, dis-je, préalablement stérilisée, on introduit la solution hypodermique bien stérilisée qu'on désire, morphine, caféine, cocaïne, ergotine, pilocarpine, puis immédiatement, la petite ampoule est fermée à la lampe, un petit trait de lime est marqué sur le col rétréci et il suffira de le briser à ce niveau au moment de l'emploi. On a juste ainsi la quantité immédiatement utilisable et l'on est sûr qu'elle ne contient aucun germe étranger.

De plus, chaque petite ampoule, étant hermétiquement close, peut être transportée à distance sans jamais être exposée à se renverser dans les poches et peut se conserver un temps indéfini sans que le contenu subisse la moindre altération.

Grâce à cette heureuse innovation, et grâce aux précautions que nous avons déjà indiquées pour éviter l'introduction du liquide dans les vaisseaux, on sera définitivement à l'abri des abcès et des accidents locaux des injections hypodermiques. Il nous paraît inutile d'ajouter qu'il est indispensable tout d'abord que la seringue et l'aiguille soient d'une asepsie parfaite.

Les injections Brown-Séquardiennes.

MM. les Drs *René Serrand* et *Jordanis* ont fait de nombreuses expériences sur les injections Brown-Séquardiennes et sont toujours arrivés à d'excellents résultats en employant la technique suivante : volume de l'injection, 3 cm. c. au maximum ; mélange, au moment même de l'opération, d'un tiers de liquide organique avec deux tiers d'eau distillée, récemment bouillie.

(1) La première idée remonte en fait à M. *Limousin*; mais l'exécution n'en avait pas paru suffisamment pratique.

FEUILLETON

Souhaits de nouvel an.

Voici venir l'an neuf, en
équipage de gala...

C'est fini, rêve éteint, visions évanouies. Quelle noire mélancolie se dégage de ces jours disparus, qui ont été si souvent voilés de déceptions !

Ah ! si on pouvait rétrograder, comme on agirait autrement ; on ne laisserait plus passer l'heure inutilement et on ne perdrait pas une bonne occasion : Trop tard, tel est le refrain funèbre que l'on entend, sous ce ciel livide d'agonie.

Mais trève de lamentations en mineur ; rassurez-vous, lecteurs, dont la tournure d'esprit est plutôt optimiste que taciturne et somnifère, je ne viens point me livrer à la peu récréative besogne des attendrissements inutiles, sur l'année qui vient de finir. Je ne veux pas laisser tomber de mouches dans votre tasse de lait, ni vous pousser à broyer du noir, en m'apitoyant plus longtemps

Sur la triste année en allée
Où s'en va la fleur d'azalée,
Quand souffle le vent hivernal.

Elle fut maussade, lugubre, troublée ; hâtons-nous de l'oublier, avec la sérénité du sage, pour ne plus songer qu'à celle qui la remplace et vient de s'éveiller sur un lit de fondants, de douceurs, au bruit des rires épanouis de tous les marmots.

L'espoir enchanteur, qui renaît toujours de ses cendres, lui fait cortège et je souhaite bien cordialement qu'elle vous soit vraiment bonne jusqu'en ses moindres heures, qu'elle vous apporte les hochets convoités, fortune, honneurs, distinctions, des fêtes et non des deuils, de surhumaines délices, des ivresses inconnues et non l'émiettement et les disgrâces de la décrépitude.

C'est la fête des petits ; que ce soit aussi la fête des grands. Puisse ce coquet calendrier sphinx de l'avenir, que le facteur vient de vous remettre, n'être rempli que de journées ensoleillées, sans nuages, sans heurt, sans le moindre accroc ; qu'il vous permette d'atteindre au but poursuivi ; qu'il vous conserve tous, parents et enfants, sains de corps et d'esprit, jusqu'au bout de son rouleau, jusqu'à la saint Sylvestre, inclusivement.

Il suffit de pratiquer trois injections de 3 c. c. de liquide organique, dilué au tiers, quatre au plus, en une seule séance, pour faire bénéficier le malade de la véritable dose utile.

Ces trois injections sont faites dans des points différents de la même région.

Trois séances d'injections par semaine paraissent suffisantes, mais l'on pourrait en faire chaque jour. car il serait difficile de retrouver chez les malades les traces des injections de la veille. Dans quelques cas très rares, on a observé chez des sujets, dont l'état général était tout à fait mauvais, de petites nodosités qu'on a fait disparaître dans les vingt-quatre heures par l'application de compresses d'eau phéniquée au centième.

Après avoir pratiqué des injections dans différentes parties du corps, on a reconnu que *les régions lombaires et fessières sont celles que l'on doit choisir*.

Il semble absolument inutile de tenir compte du siège de la maladie pour y appliquer l'injection.

En ce qui concerne l'asepsie, chaque malade a son aiguille personnelle, la seringue ne doit servir qu'à l'injection de liquides organiques ; on la stérilise à l'eau bouillante avec l'aiguille, puis à l'alcool. La peau de la région à injecter est lavée à l'alcool ; les mains de l'opérateur doivent être bien aseptiques.

Un *massage de la région*, pratiqué lentement, méthodiquement et sous forme de *pétrissage*, aussitôt après l'injection, a pour effet de faciliter l'absorption du liquide et de s'opposer aux nodosités.

Les conclusions auxquelles MM. Serrand et Jordanis sont parvenus, sont les suivantes :

Injecté sous la peau, le suc organique dilué apporte à la cellule nerveuse et au globule sanguin les éléments d'une force nouvelle, et c'est par cette augmentation de puissance d'action du système nerveux et de la moelle, ainsi que par l'amélioration produite dans la nutrition tout entière que cet agent imprime son action réparatrice aux divers états morbides.

Il n'y a pas là une stimulation passagère des parties malades, mais bien des effets considérables et durables sur tout l'organisme.

Telle est l'explication des résultats curatifs obtenus dans des maladies diverses où le suc organique n'a en résumé qu'une même action, celle d'engendrer la force.

Que nous nous trouvions en présence d'un diabétique épuisé par la glycosurie, ou d'un phtisique en proie à la consomption, c'est toujours par sa puissance dynamogénique que se manifeste l'effet du liquide injecté.

Les résultats si frappants de rénovation des forces chez le vieillard sénile et chez l'adulte atteint de vieillesse prématurée, viennent à l'appui de notre façon d'interpréter l'action du suc organique, action qui se traduit, ainsi que l'a constaté Brown-Séquard dès sa première expérience sur lui-même, « *par un retour à un état organique meilleur et ressemblant à celui d'un âge antérieur* ».

MÉDECINE PRATIQUE

Variole et varicelle.

Dans l'esprit du public, *petite vérole* et *petite vérole volante* sont deux maladies bien proches parentes, sinon même identiques. De fait, elles ont toutes deux bien des caractères semblables et, si l'observation et l'expérimentation scientifique ont surabondamment démontré que le public se trompe et que la ressemblance n'est que factice, il est indiscutable que le diagnostic n'en est pas toujours aisé pour le clinicien.

Les signes différentiels, que donnent les traités théoriques, ne nous ont pas paru toujours suffisants pour permettre de faire un diagnostic positif, et l'occasion qui nous est fournie par l'épidémie actuelle de variole à Paris, nous engage

---

Frères, il faut vivre !

Je voudrais que cette date de 1894 représentât pour tout le corps médical une sorte de trêve joyeuse ; qu'elle apportât de copieuses étrennes, de larges compensations aux déshérités de la corporation ; qu'elle n'aggravât pas la crise d'incertitude angoissée et de scepticisme desséchant, que nous traversons.

....

J'ai dit, en commençant, que je ne voulais pas vous faire regarder en arrière. Ne cherchons donc pas à dissiper les ombres, qui recouvrent déjà l'étape parcourue et dissimulent là-bas le champ planté de cyprès, où les plus agités, les plus à plaindre d'entre nous, jouiront tôt ou tard du sommeil sans cauchemars et du repos sans alarmes, sans interruption.

Mais tout ne fut pas sombre dans ces douze mois défunts ; la nuit fit place plus d'une fois à des aubes rosées ; des fleurs égayèrent votre route. Il n'y eut pas que des ornières à traverser et des côtes pénibles à gravir sur votre chemin, il y eut aussi des haltes bénies, sous le bienfaisant abat-jour des grands arbres, sous le regard ami des étoiles, dans le décor parfumé de la nature en fête, en compagnie d'amis sûrs, d'une femme dévouée et d'enfants adorés.

Au point de vue patriotique, l'Hymne russe et la Marseillaise n'ont-ils pas marié leurs accents à la face du soleil ? — Cet évènement réconfortant ne vous fait-il pas entrevoir de rassurantes perspectives et ne justifie-t-il pas l'enthousiasme des foules ? — Ayons confiance, car, comme l'a dit M. de Kératry, si l'aigle du nord vole haut, le coq gaulois chante clair !

L'angoisse ne doit plus étreindre le cœur des Français, pas plus qu'elle n'oppresse à cette heure, la conscience de nos vieux praticiens des campagnes, ridés de bonté, toujours prêts à se sacrifier et qui n'ont pas cessé d'être sur la brèche du dévouement. On lit dans leur regard clair, dans leur sourire attendri, sur leurs traits reposés, que l'apaisement est au fond de leur âme.

La satisfaction du devoir accompli les a toujours réconfortés et ils ne songeront à la retraite finale, que lorsque leurs forces épuisées ne leur permettront plus de se prodiguer et de faire du bien autour d'eux.

Leur tâche remplie, après s'être contentés des saines joies d'ici-bas, les plus simples, celles qui sont à la portée de chacun, leur nature droite se dégagera sans amertume de leur pri-

à essayer de nouveaux efforts pour préciser les différences de la variolc et de la varicelle.

Il est bien évident qu'autrefois, avant la découverte et l'application de la vaccine, il aurait paru puéril de poser un seul instant la question du diagnostic dc la variolc et de la varicelle. Certes, il ne pouvait y avoir aucune confusion entre ces deux maladies, l'une bénigne et laissant rarement de traces cicatricielles (la varicelle), l'autre terrible, confluente, accompagnéc d'hémorrhagies, de délire, etc., et souvent mortclle, en tout cas laissant des cicatrices atroces sur lcs parties découvertes (la variole). Mais dcpuis l'apparition de la vaccine et des vaccinations, tout a changé ; il est extrêmement rare de voir des cas de variole du genre de ceux d'autrefois, il y a rarement confluence de l'éruption et rarement suppuration, chez ceux qui ont été vaccinés une fois. Les seuls cas graves sont ceux qu'on observc chez quelques cntêtés réfractaires à la vaccination.

Ce que nous avons devant les yeux à présent, donc, ce sont des varioles atténuées par la vaccine qui ressemblent, à s'y méprendre, à des varicelles. Voyons si l'on peut éviter la confusion.

I

SIGNES PROPRES A LA VARIOLE

Nous le répétons ici, ce que nous étudierons dans ce chapitre sous le nom de variole, n'est pas la terrible variole confluente, hémorrhagique, mortelle, que tout le monde connaît au moins pour l'avoir étudiée dans lcs livres, sinon pour l'avoir observée en 1870-71 ; nous n'avons en vue que la variolc modifiée par la vaccine. Certains auteurs l'appellent *varioloïde*. D'autres disent que la varioloïde n'est pas une nouvelle forme produite par la vaccination antérieure, mais qu'elle a toujours existé. D'autres, comme *Dieulafoy*, d'*Espine*, *Picot*, font de la varicelle une maladic absolument différente de la varioloïde, tandis que *Laveran* les confond comme identiques.

« La maladie décrite par quelques auteurs, dit il, sous le nom de *varicelle*, ne paraît être qu'unc variété de la varioloïde dans laquelle l'éruption a un caractère vésiculeux. »

Que de confusions ! que de contradictions ! C n'cst pas ce gâchis, qui va beaucoup éclairer le praticien lorsque, dans une famille, en présence d'une éruption vésico-pustuleuse, il sera mis en demeure de dire si la maladie est dangereuse, contagieuse, etc., s'il faut isoler le malade, re vacciner tous les membres de la famille, désin fcctcr, etc.

La variole atténuée est souvent précédée de symptômes graves, rachialgie, vomissements, rash érythémateux. Lcs boutons, c'est-à-dire les papules, apparaissent d'abord à la face, au front, au menton, au cou ; ils deviennent des pustules remplies de liquide trouble, qui s'ombiliquent du deuxième au quatrième jour ; enfin les pustules se dessèchent *sans suppuration* et les croûtes se détachent vers le huitième jour. Tout est fini le 14e jour, sans laisser de cicatrices.

D'Espine et Picot disent que la varioloïde n'est, en somme, qu'*une variole peu intense* dans la généralité de ses symptômes. Dieulafoy, au contraire, déclare que la varioloïde peut très bien être mortelle et que sa seule caractéristique est l'absence de suppuration des pustules ; car, dit-il, il y a des varioloïdes hémorrhagiques. (… pour nous, afin d'éviter toutes ces confusions, nous considérons, d'une part, les *varioles graves* confluentes, hémorrhagiques, ataxo-adynamiques, heureusement rares aujourd'hui et qu'on n'observe que chez des sujets non vaccinés, la plupart du temps ; et, d'autrc part, les *varioles atténuées*, généralement observées chez les vaccinés ct exceptionnellement chez quelques sujets réfractaires par tempérament. Que la pustule suppure ou ne suppure pas, cela a évidemment une grande importance pour le malade, car les cicatrices seront ou ne seront pas visibles ; mais nous ne voyons pas l'utilité de ce mot *varioloïde* qui presque toujours est un trompe-l'œil. Est-c…

---

son charnelle, dans la vision consolante d'un au-delà mcilleur.

Je n'ai rien à souhaiter à ceux-là que la continuation de leur modeste idéal, dont on ne pcut parler qu'avcc une respectueuse déférence.

Au point de vue scientifique, bien des progrès ont été aussi réalisés et c'est une consolation de se dire que l'humanité marche toujours en avant et réalise régulièrcment de nouvelles conquêtes. Lc bien-être général en est accru et la moralisation plus large des masses marche de pair ; moins de misère, moins de paupérisme, a pour corollairc plus de virilité physique et intcllectuelle.

On ne cesse de nous répéter que les descendants des vieilles races aristocratiques sont vraiment descendus ; quc l'aristocratie dc la fortune vaut encore moins que l'autrc ; que ce que nous voyons est loin d'être beau, que ce sera encorc plus grotesque, lorsque le pouvoir sera devenu l'apanage des couches inférieures. Ne dirait-on pas que la civilisation est sur le point de disparaître et que la ville-lumière est à la veille de s'effondrcr dans un terrible cataclysmc ct de devenir un désert, comme Tyr et Babylone.

Ce sont là propos de prédicants moroses et de jérémies pessimistes, aigris par la politique. — Moquez-vous des horoscopes et de l'humeur atrabilaire de ces évincés, qui, dans les rosiers ne voient que les épines et ne savent pas respirer la fleur parfumée. — Abandonnez à leur spleen ces oiseaux de mauvais augure, qui n'cessent de croasser leurs sinistres pressentiments, et, puisqu'on ne s'aperçoit qu'en été des grâces charmeresses du printemps ; puisque l'hiver fait regretter l'automne, sachons jouir du présent, sans regret du passé, sans souci de l'avenir. — Si on veut être heureux, il ne faut pas être trop exigeant, ni toujours chercher la petite bête ; le plus simple est de se laisser attirer par l'aimant invincible que l'auteur des boules sidérales a mis dans la beauté sous ses multiples manifestations ; c'est de se contenter de régner, à la façon du roi d'Yvetot, sur son petit domaine. Il est bien à vous, encore plus que l'Egypte n'est au Khédive et le Panama à ses créanciers. — Si le bonheur, cet hôte passager et volage, vient s'y abriter, puissiez-vous l'y retenir :

Bonne année ! — Bonnes années !

Dr GRELLETY.

e la variole ou n'en est-ce pas ? toute la quesion est là.

Laissons les mots en *oïde* aux ignorants ; à ous, il nous faut des mots précis.

Notre conclusion pour cette première partie st donc : On peut observer des varioles avec es symptômes généraux du genre de ceux des arioles graves, mais très atténués ; l'éruption onsiste en pustules discrètes, ombiliquées, ne uppurant pas et ne laissant pas de cicatrices. énéralement l'éruption débute par la face. En out cas, l'allure de la maladie est tellement bénigne que le malade se lève, veut manger et sortir et qu'il se soumet difficilement à l'hospitalisation d'isolement. Cependant il est contagieux t peut donner à une autre personne une variole grave.

II

SIGNES PROPRES A LA VARICELLE.

Pour la varicelle, nous avons vu que certains ient son existence autonome. D'autres, au contraire, affirment son indépendance et la prouvent. Nous sommes absolument de ce dernier vis. La varicelle est toute différente de la variole atténuée, non par les symptômes, non par éruption ; nous allons montrer qu'il est parfois mpossible de les différencier, mais parce que a variole est inoculable, tandis que la varicelle e l'est pas, parce que la varicelle peut survenir n même temps ou après la variole et parce que a vaccine peut évoluer chez un sujet atteint de aricelle, tandis que le même fait s'observe rarement chez un sujet atteint de variole. Certes, les eux maladies ont de nombreux points communs, la contagiosité à distance, les pustules mbiliquées qui se rencontrent très souvent ans la varicelle, quoique moins fréquemment ue dans la variole atténuée, la dessiccation, uelquefois même la persistance de cicatrices près la varicelle comme après la variole. Quant ux symptômes de début, ils sont presque toujours insignifiants dans la varicelle, mais quelquefois aussi dans la variole atténuée. Les boutons peuvent apparaître à la face avant de se ontrer sur le tronc dans la varicelle comme ans la variole, quoi qu'en disent les auteurs ; inversement, il y a des varioles qui débutent r les fesses et les aines, surtout chez les enfants. D'autre part, l'éruption de la variole atténuée paraît se faire quelquefois en plusieurs oussées comme celle de la varicelle.

Et nous avons vu que la bénignité d'allures excluait pas l'idée de variole. En fait, le seul oyen diagnostic à la portée de tous est la vaccination du malade.

Si la vaccination réussit, la maladie douteuse t à peu près sûrement une varicelle. Si la vaccination échoue, ce peut être alors soit une varicelle, soit une variole. La question serait tranchée par l'inoculation du liquide des pustules du alade à une génisse non vaccinifère ; seule la riole prendrait.

Tous ces moyens de contrôle sont facilement pplicables, mais exigent un peu de temps, puisque l'on ne peut se prononcer sur la valeur une inoculation avant trois ou quatre jours. 'y a-t-il pas quelques signes extérieurs de l'éruption suffisants pour affirmer le diagnostic ? Le plus souvent, les pustules de la variole atténuée sont remplies d'un liquide louche et s'ombiliquent rapidement ; *il est rare* d'en trouver de toutes récentes à côté d'autres flétries et entièrement desséchées ; elles sont à peu près toutes de la même époque ; enfin, elles sont aussi abondantes à la face qu'au tronc et aux membres.

Dans la varicelle, les boutons sont plutôt des bulles, des vésicules contenant un liquide clair, transparent ; tout à côté, on voit de vieilles vésico-pustules, desséchées et ombiliquées, mais déjà recouvertes de croûtes noirâtres. Les éléments éruptifs sont bien plus abondants au tronc qu'à la face. Dernièrement encore, nous avons pu voir un de ces cas types, où le tronc était couvert de vésicules récentes et de vésicules desséchées, au moins aussi confluentes que dans une variole, mais la face n'en présentait guère que trois ou quatre. Le cuir chevelu est généralement très envahi comme le tronc. Quant à l'auréole rouge qui entoure chaque vésico-pustule, elle ne diffère pas dans la variole de celle qu'on observe dans la varicelle.

On remarquera que nous n'avons pas dit un mot des symptômes généraux et de la fièvre. Pour nous, ils ne signifient rien au point de vue du diagnostic, en ce qui concerne la variole atténuée et la varicelle, puisque dans ces deux maladies ils peuvent faire complètement défaut, quoi qu'en disent les auteurs.

Que l'on compare ces deux tableaux de la variole atténuée et de la varicelle aux descriptions de nos classiques, et l'on verra bientôt combien ils en diffèrent.

L'obscurité de cette question a toujours été telle que pas un d'entre eux ne donne la même description : l'un parle de fièvre, l'autre de symptômes varioliformes dans la varicelle, un troisième a vu des rash dans cette même varicelle, etc., il nous paraît difficile de s'y retrouver. Dieulafoy dit que la varicelle n'est pas inoculable ; d'Espine parle de l'incubation dans le cas de varicelle inoculée.

Eh bien ! nous croyons qu'avec les différences que nous avons cherché à bien mettre en relief, on ne peut plus faire ces confusions. Quelques cas seulement resteront embarrassants, ce sont ceux dans lesquels, le terrain cachectique, la misère, la malpropreté ont modifié les caractères de la varicelle. Car alors les malades ont en même temps que leur varicelle à bulles *non transparentes*, à vésico-pustules purulentes, le plus souvent ombiliquées, ils ont, dis-je, des éruptions polymorphes d'impétigo ou d'echthyma à la face, aux lèvres, qui, par leur coïncidence, rendent le diagnostic au moins difficile.

Il est vrai que, dans ces cas douteux, il n'y a pas à hésiter, on doit plutôt considérer la maladie comme une variole et l'isoler que la regarder comme une varicelle et la traiter par le mépris.

III

CONDUITE A TENIR POUR LES CAS DE VARIOLE ATTÉNUÉE ET DE VARICELLE.

Comme conclusion de notre étude, nous allons exposer quelle conduite nous paraît être la plus sage en présence de ces deux maladies si souvent confondues. La varicelle est bien distincte de la variole atténuée, car elle ne peut provoquer aucun foyer épidémique de variole ; au contraire, la variole atténuée, quoiqu'en apparence aussi bénigne qu'une varicelle, est cepen-

dant fort redoutable, puisqu'elle peut être le point de départ d'une épidémie de variole grave, qui chez des sujets non vaccinés peut être hémorrhagique et mortelle.

Il faut donc agir vigoureusement contre la seconde ; mais doit-on, pour cela, négliger la première? Non, certes d'abord parce que le diagnostic peut être incertain ; ensuite parce que la varicelle, quoique bénigne, est contagieuse.

Pour nous, la première chose à faire dans les deux maladies, c'est DE VACCINER tous les gens qui approchent le malade, et d'ISOLER le malade dans la mesure du possible. Quand on possède un moyen prophylactique aussi sûr, aussi puissant que la vaccine, il faut savoir ne pas en être parcimonieux et exercer toute sa patience à convaincre les réfractaires de son innocuité en attendant qu'une loi, rigoureusement appliquée, contraigne les quelques insoumis qui n'auront pas voulu de la persuation douce. Rien ne peut égaler la vaccination et la revaccination contre la variole, même l'isolement le plus absolu et la désinfection la plus scrupuleuse. Vaccinons donc l'entourage et le malade lui-même, nous avons vu que cela pouvait servir à préciser le diagnostic.

Pour les écoles, pas de licenciement indispensable ; la varicelle vraie n'a jamais tué personne, quant à la variole, on l'empêchera de se propager en vaccinant immédiatement et obligatoirement tous les enfants, après avoir renvoyé chez eux les quelques malades contaminés.

Malgré l'identité de la conduite que nous conseillons dans les deux cas, il va sans dire que la nécessité d'un diagnostic ferme s'impose. Quoique bénigne, la variole atténuée a besoin de plus de soins que la varicelle, car elle n'est pas exempte de complications ; et si elle n'a pas besoin des traitements complexes de la variole grave (pulvérisations de sublimé, compresses boriquées toujours humides de Coste, obscurité solaire, méthode éthéro-opiacée de Ducastel, etc.), elle est du moins justiciable d'un isolement complet, d'une désinfection parfaite des vêtements et surtout de la peau du malade après la chute des croûtes. Au contraire, le varicelleux peut manger, sortir, jouer à son gré, puisqu'il ne court aucun risque pour lui-même et que, pour les autres, il n'est susceptible de leur donner que sa propre maladie, c'est-à-dire une affection, qui guérit avec quelques jours de patience.

Nous conseillons, par pure précaution, de tenir toujours la peau du varicelleux dans un parfait état de propreté et de le poudrer avec un mélange antiseptique pulvérulent :

Poudre de talc...............	àà p. e.
Poudre de benjoin............	
Poudre d'acide borique.......	

Avec ce moyen les croûtes se forment plus rapidement et lorsqu'elles se détachent elles sont moins contagieuses. A la fin de la maladie, on donne un bain savonneux pour détacher les croûtelles, qui peuvent rester adhérentes.

Dr Paul HUGUENIN.

DERMATOLOGIE

Du dermographisme.

Peut-être les lecteurs de ce journal se souviennent-ils de l'observation, si intéressante, de
la « *femme-cliché* » ou femme « *autographiq*
présentée par M. Dujardin-Beaumetz, en 187
la Société médicale des hôpitaux. Cette fem
avait, entre autres symptômes d'une hysté
très prononcée, une anesthésie complète de to
la surface cutanée. Mais, le point intéress
était que, sur ses téguments, toutes les empre
tes, non seulement étaient gravées en coul
rose, mais encore restaient saillantes pend
plusieurs heures, sans aucune démangeais
« Lorsqu'on vient à tracer, avec l'ongle, ou av
un instrument à pointe mousse, un trait sur
tégument externe, disait M. Dujardin-Beaum
on voit apparaître, au bout de quelques seco
des, une traînée rouge ; puis cette rougeur s
tend et forme une plaque rectangulaire ; enf
au bout de deux à cinq minutes, se mont
dans toute l'étendue de la ligne tracée sur
peau, une saillie blanche, dont le relief va s'
cusant de plus en plus, jusqu'à atteindre
millimètre et demi à deux millimètres d'épai
seur. Les bosses restent en l'état, pendant tr
à six heures, quelquefois même pendant do
heures, puis tout disparaît.

On peut varier, de mille manières, l'expérie
ce, exécuter sur la peau les dessins les plus
vers, écrire des noms de dix à quinze lettre
partout où l'instrument mousse a appuyé, o
un relief blanc, et tout autour, dans une étend
de 4 à 5 centimètres, une plaque rouge. Lorsq
le phénomène a atteint tout son développeme
lorsque la plaque et les reliefs sont bien co
titués, la portion de la peau, qui en est le siè
ressemble assez bien à un cliché d'imprimer
de là le nom de femme-cliché, de femme au
graphique, sous lequel elle est connue, dep
son entrée dans le service. Les sensations su
jectives de la malade au niveau de la plaq
sont nulles. »

Tel est le phénomène constituant l'autog
phisme, ou, selon l'appellation plus courante a
jourd'hui, le *dermographisme* : les tégumen
conservent, très amplifiées et plus ou moins d
rables, les traces qui y sont faites. Et tand
que normalement une pression intense et pr
longée peut, seule, laisser une trace, d'ailleu
passagère et non saillante, ici, le simple conta
avec un instrument mousse ou avec l'extrémi
de l'ongle, suffit pour produire une impressi
plus ou moins persistante, intense et proém
nente, colorée en rose ou en blanc.

Depuis que l'observation de M. Dujardin-Bea
metz, puis les publications de M. Mesnet, o
attiré l'attention sur ces faits, les cas de derm
graphisme ont été signalés en grand nombr
par les dermatologistes et par les neurologiste
C'est presque toujours par hasard que le phén
mène est observé. Il ne revêt pas toujours l
forme intense dont fournit un exemple typiq
l'observation de M. Beaumetz, et qui constit
le grand dermographisme ; mais souvent, po
être moins prononcé, il n'en existe pas moi
nettement. Ainsi, si on le recherche systémat
quement, chaque fois qu'on se trouve en pr
sence d'un sujet nerveux, névrosé, neurasth
nique, dyspeptique, dilaté, arthritique enfi
(conditions habituelles de sa production), o
constate, non pas des traces saillantes, mais de
stries, des « raies » roses persistant plus o
moins longtemps, dans une proportion infini
ment plus fréquente qu'on ne l'aurait cru à

priori. Telle est, du moins, l'opinion du Dr *Barthélemy*, qui ayant soigneusement noté, depuis 1879, tous les cas de cet ordre qu'il a eu l'occasion de rencontrer, on entreprend aujourd'hui une étude d'ensemble, d'après plus de 70 faits observés par lui. Nous nous proposons de reproduire ici les points les plus intéressants de cet ouvrage très complet et fort remarquable (1).

On constate, le plus souvent par hasard, que des traces très marquées subsistent sur la peau. Tantôt ce sont les traces des doigts (impressions digitales par pression, grattage, friction), tantôt ce sont les traces des vêtements, plus ou moins serrés aux bras, aux épaules, au dos, à la poitrine ou les dentelles, par exemple, restent gravées avec tous leurs dessins.

Le moindre contact suffit, d'autres fois, pour amener le même résultat ; une des malades du Dr Barthélemy se plaignait de ne pouvoir être embrassée sans que de grosses marques vinssent lui balafrer le visage ; une fillette, en sautant, eut le visage tout marqué par le simple effleurement de sa corde.

Autre exemple : une jeune fille de 16 ans avait la peau si sensible, qu'elle ne pouvait être embrassée, même effleurée, à la pension, par ses amies, sans avoir aussitôt des plaques rouges à la face. Les moindres grattements aux bras et aux mollets (c'est là du moins qu'elle les remarquait le plus) provoquaient des stries saillantes, de même que les dentelles de ses chemises et les mailles à jour de ses bas laissaient sur la peau sous-jacente des traces durables.

Alors que beaucoup d'autres sujets n'éprouvent aucune sensation anormale, cette personne éprouvait de la dermatalgie qui la forçait à se gratter ; les stries apparaissaient, sans retard, aux points prurigineux, alors que sa peau gardait sa coloration normale si, résistant aux démangeaisons, la malade ne se grattait pas. Au moment d'un coup d'ongle elle sentait comme une masse de petits coups d'épingle ; puis, au fur et à mesure que la trace s'élevait, la sensation anormale s'atténuait et disparaissait. Cette jeune fille était très nerveuse, mais n'avait jamais eu de crises.

A l'époque des règles — c'est d'ailleurs le cas le plus habituel — pendant leur durée, un peu avant comme un peu après chaque menstruation, le dermographisme augmentait et s'accentuait, puis il redevenait d'intensité moyenne. Il fut très prononcé pendant 7 ou 8 mois, lors de troubles menstruels dus à l'anémie et au nervosisme ; puis il disparut, peu à peu, en même temps que les troubles utérins et revint encore deux ou trois mois après, dans des circonstances analogues, pour disparaître définitivement au bout de six mois.

Dans deux cas de *Michelson*, les sujets vinrent spontanément se plaindre, ayant remarqué la formation des bosselures en relief, l'un quand il s'était assis quelque temps sur une chaise à arêtes vives ; l'autre, un enfant, quand il avait joué avec ses camarades, lesquels, connaissant le phénomène, s'amusaient à le faire apparaître plusieurs fois par jour.

On peut, sous le rapport de l'intensité, distinguer plusieurs formes de dermographisme. D'abord, la forme intensive, *grand état dermographique*, dont l'observation de M. *Beaumetz* nous donne la description. A cette forme intense, turgescente, éclatante, saillante, longtemps persistante, qui a attiré l'attention des premiers observateurs, doit être opposée — à l'autre extrémité de l'échelle — *le dermographisme atténué*, plat, fruste, latent. Voici en quoi il consiste : au point où la peau vient d'être excitée, on voit se produire instantanément une strie blanche, à laquelle succède, presque immédiatement après, une raie plus large, presque une bandelette, rosée ou d'un rose intense, plate, sans saillie pour le doigt ni pour l'œil. Cette vascularisation intensive dure, à l'état normal, 6, 8, 10 secondes, une demi-minute au plus ; dans les cas légers, mais cependant pathologiques si fréquents, auxquels le Dr Barthélemy fait allusion sous le nom de dermographisme atténué, cette vascularisation se prolonge de 15 à 25 minutes environ, puis pâlit et s'éteint graduellement, mais irrégulièrement, peut-être conformément aux inégalités d'excitation ou de pression qu'a subies la peau.

Entre ce phénomène atténué et le phénomène intensif donnant des reliefs de 2 à 6 millimètres de hauteur, comme dans le cas de Beaumetz et dans celui de *Chatelain*, tous les degrés sont possibles à rencontrer. S'il y a une très grande différence entre deux cas extrêmes, les proportions graduelles sont minimes, pour le médecin, qui peut observer un grand nombre de cas. En suivant bien l'échelle des intensités et des proportions, on se rend facilement compte qu'il n'y a, dans le dermographisme, le plus intense, que des phénomènes absolument identiques aux précédents, bien qu'ayant subi un grossissement parfois considérable.

Quels sont donc ces phénomènes ? Ce sont évidemment des *troubles survenus dans le fonctionnement des nerfs vaso-moteurs de la peau*. Quant à déterminer sous quelles influences sont déterminés ces troubles des fonctions vaso-motrices, cela est plus difficile. C'est dire que si le symptôme est aujourd'hui parfaitement connu, sa pathogénie est encore entourée de certaines obscurités.

Un point cependant est aujourd'hui hors de doute : c'est l'association fréquente du dermographisme et de l'hystérie. Les malades sur lesquels on l'observait présentaient en même temps des troubles de la sensibilité, de l'analgésie, de l'anesthésie, des désordres du côté des organes des sens, de l'impressionnabilité nerveuse, en un mot des symptômes d'hystérie.

Il est des cas incontestables où c'est au milieu des phénomènes les plus nettement hystériques que le dermographisme se développe : tels sont les faits rapportés par *Blachez*, *Beaumetz*, *Bourneville*, *Mesnet*, et par tant d'autres observateurs, où l'anesthésie se montre, soit généralisée, soit unilatérale, l'intensité du dermographisme n'étant d'ailleurs nullement modifiée par le défaut de sensibilité. *Caspary* a contrôlé expérimentalement le fait en chloroformant d'une manière complète et jusqu'à l'insensibilité de la cornée, un sujet sur lequel le dermographisme resta aussi intense qu'à l'état normal.

Mais, d'autre part, le dermographisme a semblé parfois tout à fait indépendant de l'hystérie : tels les cas où il n'est accompagné d'aucune

(1) Dr Barthélemy. Etude sur le dermographisme. Société d'Editions scientifiques, Paris 1893.

sensation anormale et où la manifestation cutanée constitue toute l'affection. De plus, on a signalé le dermographisme dans différentes affections de la moelle (tabes, syringomyélie), dans la pachyméningite hémorrhagique, dans le cancer de la colonne vertébrale ; dans le diabète, la goutte ; dans différentes intoxications (alcool, plomb), dans les auto-intoxications (dyspepsie, dilatation d'estomac, cancer du foie), dans les états infectieux. En sorte que, pour M. Barthélemy, beaucoup de cas de dermographie relèveraient de deux conditions : d'une part, un système nerveux spécialement susceptible, impressionnable et impressionné, soit héréditairement, soit d'une manière acquise ; d'autre part, un toxique agissant, soit sur les vaso-moteurs périphériques (théorie cutanée), soit plutôt sur les centres vaso-moteurs de la moelle épinière ou de la moelle allongée (théorie bulbaire). En un mot, le dermographisme serait pour lui une « *dermoneurose toxi-vasomotrice* ».

Ce que l'on peut retenir, c'est que les sujets dermographiques appartiennent, pour la plus grande part, soit à la classe des nerveux, soit à celle des arthritiques ; et que souvent le dermographisme est incontestablement associé à l'*hystérie.*

Un grand nombre de sujets dermographiques sont sensibles à l'hypnotisation, ainsi que Mesnet l'a montré un des premiers en guérissant, soit des paralysies motrices, soit des paralysies de la sensibilité, chez des sujets qui étaient en même temps fortement dermographiques ; mais le phénomène dermographique lui-même n'a pas été influencé par l'hypnotisme, ni au moment de l'hypnotisation, ni après.

Dans le même ordre d'idées, intéressants au premier chef, sont les rapports du dermographisme avec la suggestion et l'auto-suggestion, et ce qu'on peut appeler les *stigmatisations spontanées*, par opposition aux stigmatisations provoquées. Gilles de la Tourette (V. Sœur Jeanne des Anges, autobiographie d'une hystérique possédée (XVII[e] siècle), Paris, 1886), fait remarquer l'aptitude toute particulière qu'ont les hystériques pour les troubles vaso-moteurs de la peau d'*origine suggestive*. La perturbation vaso-motrice s'accentue à un suprême degré par suggestion, quel que soit l'état dans lequel on mette en œuvre cette dernière. Par suggestion exclusive, on a pu produire sur n'importe quelle partie du corps, non seulement des raies rouges, mais encore des hémorrhagies cutanées, de véritables brûlures, des plaies, des stigmates en un mot, qui, dans quelques cas, ont pu persister, même de nos jours, pendant plus de trois mois (Voy. Comédie du Bois d'Haîne, par Hubert Boens, Bruxelles, 1876. — Louise Lateau ou la stigmatisée belge, par Bourneville, 2[e] édit., Paris, 1878, etc.).

Ce qui est plus important encore dans la circonstance, c'est que la puissance de la suggestion, de l'auto-suggestion sincère et spontanée, ne se borne pas à produire des taches, des plaques hémorrhagiques informes ; elle permet encore d'obtenir des *stigmates figurés*, croix, emblèmes, lettres, noms, etc. »

Le D[r] Barthélemy rapporte un fait qui a été signalé à son attention par le Prof. Ch. Richet, et que voici : une jeune mère est occupée à ranger dans une armoire des porcelaines dont elle a les mains pleines : son petit enfant joue par terre à l'autre extrémité de la chambre, près du foyer sans feu ; à force de toucher au mécanisme, l'enfant finit par décrocher la crémaillère, et le rideau de la cheminée menace de tomber sur le cou de l'enfant qui se trouve à genoux et dans la position du guillotiné, le rideau de la cheminée jouant le rôle du couperet. C'est à ce moment, précédant immédiatement la chute du rideau métallique, que la mère se retourne. Subitement elle entrevoit le danger que court son petit enfant. Sous l'influence du saisissement, comme cette femme était très impressionnable et nerveuse, il se forma, paraît-il, sur le champ, un cercle érythémateux et saillant autour du cou, dans le point même où l'enfant allait être frappé. Cette empreinte dermographique au premier chef, persista assez intense et assez durable pour qu'un médecin, venu quelques heures après, pût encore le constater.

Ce serait là un bel exemple de dermographisme par suggestion, et, qui plus est, par autosuggestion.

Les faits de cet ordre doivent sans doute être soumis à des contrôles réitérés, avant d'être considérés comme définitivement admis par la médecine. Toutefois, le nombre et la qualité des observateurs obligent les plus septiques à la réflexion. Et aujourd'hui, sans tout tenir comme démontré, un esprit impartial et non fanatisé peut admettre la possibilité d'un certain nombre de faits devenus vraisemblables, parmi tous ceux qui sont célébrés par les anciens écrivains, tant séculiers que religieux : telles les stigmatisations miraculeuses de Saint-François d'Assise, par exemple, et de tant d'autres extatiques, qui ne seraient que des phénomènes de dermographisme par suggestion, ou plutôt par autosuggestion ; et il n'est plus scientifiquement impossible que les stigmates des plaies de Jésus-Christ et de la couronne d'épines, se soient produits ainsi.

« La stigmatisation, dit Maury dans son remarquable ouvrage sur la magie, est l'effet d'une maladie, d'un trouble général de l'économie. C'est la conséquence d'un dérangement mental dû à une surexcitation de la contemplation religieuse, aux abus de l'abstinence et de l'ascétisme chez des constitutions déjà prédisposées aux désordres de l'innervation. On a souvent remarqué qu'il suffit de concentrer son attention sur une partie de son corps, avec l'idée qu'on en souffre, pour y faire naître une véritable douleur ; certaines personnes parviennent à déterminer des fourmillements dans les doigts ou d'autres parties de leur corps, en y fixant leur pensée. Un médecin anglais distingué, le D[r] Elliotson, a recueilli un assez grand nombre de faits de ce genre. Que ce soit de la même façon que les stigmates se produisent, c'est ce qui résulte du témoignage même des stigmatisés. Ces derniers nous apprennent que c'est par une concentration puissante de leur pensée sur les stigmates, par une application réitérée de la contemplation des plaies du sauveur à leur propre corps, qu'ils sont parvenus à en être marqués.

Chez les femmes, le phénomène se conçoit encore plus facilement, et c'est ce qui explique pourquoi elles nous en offrent de beaucoup plus nombreux exemples. »

Ainsi, chez la sœur Jeanne des Anges, supérieure des Ursulines de Loudun (voir Gilles de la Tourette, loco citato), la suggestion des stigmates existe à un haut degré, soit de sa part, à l'état de veille, (autosuggestion), étant donné le vif désir qu'elle a de les voir apparaître, soit de la part des confesseurs ou des exorcistes qui ordonnent aux démons, pendant le somnambulisme hystérique, de laisser une trace de leur sortie.

De même, l'auto-suggestion du rêve nocturne ou de l'attaque put produire des stigmates physiques, en particulier de ces ecchymoses spontanées que l'on a rencontrées dans les épidémies de possession, où les hystériques qui croyaient avoir été agitées ou battues par le diable, montraient ces ecchymoses comme des traces indéniables des coups qu'elles disaient avoir reçus.

Les phénomènes de cet ordre — dont ce court exposé ne saurait donner qu'une pâle idée, mais qu'on trouvera plus nombreux, mieux groupés, et rapportés complètement avec l'indication de leurs sources, dans le très intéressant ouvrage du Dr Barthélemy — ces phénomènes semblent donc prouver la possibilité, la vraisemblance au point de vue scientifique, et la réalisation au point de vue des règles de la méthode expérimentale, de la stigmatisation spontanée, sans provocation cutanée, par autosuggestion simple, ou par suggestion verbale. Et nous avons vu quelle lumière en découle pour l'interprétation de faits longtemps considérés comme merveilleux.

Pour revenir à la réalité et à notre époque, signalons en finissant l'observation d'un homme, dermographique très sensible, bien connu dans les hôpitaux, et que le Dr Barthélemy a vu dans le service de Duguet, à Lariboisière : le malade y était venu échouer après avoir simulé, dans d'autres hôpitaux, tantôt une scarlatine, tantôt une variole au début (au moyen de l'embouchure d'un étroit porte-plume), tantôt enfin une autre dermatose avec l'orifice d'une clef creuse ou tout autre instrument à orifice plus large, mais toujours approprié à la variété de dermatose à imiter.

A. Jourdan,
Interne des hôpitaux de Paris.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les certificats de blessures.

La question des certificats médicaux s'étant trouvée posée devant le Syndicat médical du Loiret et renvoyée à l'examen des divers cercles, M. le Dr Chaignot, d'Orléans, a donné lecture, au cercle de l'arrondissement d'Orléans, d'un rapport qui nous a paru résumer de la manière la plus heureuse les devoirs du médecin en pareil cas.

Nous publions ce travail, persuadés que nos confrères trouveront, à le lire, le plaisir que nous avons trouvé nous-même à l'entendre. Nous espérons aussi que sa publication engagera d'autres rapporteurs à faire bénéficier, en nous les communiquant, nos lecteurs des études qu'ils auront pu faire.

Voici le rapport du Dr Chaignot :

Il y a lieu de se bien garder d'être prodigue de certificats, il est même prudent de n'en délivrer qu'avec une extrême réserve. En dehors des cas très simples où le médecin connaît l'usage précis et limité, qui sera fait du certificat, il doit se méfier.

Qu'il s'agisse de blessures accidentelles, de blessures pendant le travail ou à la suite de rixe, il y a d'ordinaire deux parties contraires qui sont en cause, et le certificat peut servir non seulement à faire la lumière sur les faits eux-mêmes, mais à satisfaire des intérêts privés. C'est pour servir une des parties, qui n'a pas confiance en l'autre qu'on sollicite un certificat du médecin : faut-il ajouter que souvent on cherche à l'influencer dans la forme, dans la rédaction du certificat ?

Si l'accord entre les parties ne se fait pas rapidement, si l'intérêt pécuniaire, la jalousie ou la haine augmente les hostilités déjà sourdement ouvertes, alors, toutes les ressources de l'art de la chicane sont mises en jeu dans chaque camp pour trouver de bonnes preuves, apparentes ou réelles, peu importe, pourvu qu'elles soient susceptibles d'être acceptées comme valables.

On fait intervenir tout naturellement l'autorité du médecin ; s'il existe déjà des certificats, on en exagère la portée ou bien l'on s'efforce d'y relever des contradictions pour en annihiler la valeur. Au besoin on cherche avec beaucoup d'habileté à se procurer des certificats plus favorables, et le médecin, qui ignore tous les précédents de la cause, auquel on présente la chose sous un certain jour seulement, se trouve inconsciemment influencé et peut délivrer le papier convoité.

Le médecin doit donc toujours se tenir sur ses gardes, lorsqu'on lui demande un certificat, et plus encore, s'il n'est pas complètement renseigné sur toutes les phases, tous les détails de l'affaire dans laquelle on le fait intervenir.

Les contradictions apparentes ou réelles qu'on relève dans les certificats médicaux sont regrettables pour le corps médical. Je rappelle ici un fait particulier : il est sans grande importance par rapport à bien d'autres entraînant des suites beaucoup plus sérieuses, mais il n'en a pas moins sa signification, et je le choisis de préférence, parce qu'il a été le point de départ de cette étude.

Un ouvrier blessé, atteint de fracture de côte simple, est soigné par un médecin qui délivre un premier certificat constatant la lésion, puis, après guérison, un certificat constatant la durée d'incapacité de travail. Le blessé, trouvant cette durée insuffisante, s'adresse à un second médecin qui, confiant dans ses déclarations, délivre à son tour un certificat prolongeant cette incapacité. — Contestation de la part du patron responsable et procès. — Devant les tribunaux l'affaire est jugée contre le blessé, qui est considéré comme ayant cherché à exagérer son mal.

C'est dire le cas que les magistrats ont fait du second certificat. En fait, si le second médecin eût été prudent, il se fût abstenu, ne connaissant ni tous les détails de l'affaire, ni l'arrière-pensée qui présidait à la demande du certificat. Il aurait dû tout au moins renvoyer le blessé au premier médecin ou s'entendre avec lui.

Il ne faudrait jamais oublier, quand on va faire un certificat, qu'on délivre une pièce à un individu qui en usera selon son bon plaisir et à son plus grand bénéfice, car cette pièce lui appartient désormais ; que les constatations faites sont sujettes à contre-vérifications, à expertises et contre-expertises ; qu'enfin, le certificat peut servir de point de départ et de pivot même à un procès interminable, alors que, sans lui, les choses se seraient quelquefois mieux arrangées à l'amiable.

Il peut arriver parfois que, pour contenter le client et s'en débarrasser, le médecin soit tenté de délivrer un de ces certificats qui ne prouvent rien,

qu'il juge ne devoir être d'aucune utilité. C'est là une chose regrettable et qu'il faudrait éviter. Une lésion banale pour le médecin, qui, pour lui, ne devra point entrer en ligne de compte parce qu'il n'en spécifie pas l'origine, prend parfois une singulière importance aux yeux des gens ignorants de la science médicale, par ce seul fait qu'elle est consignée sur un papier portant la signature de l'homme de l'art. La partie intéressée s'ingénie à rapprocher habilement la constatation de considérations plus ou moins étrangères et ses allégations présentent alors un caractère de vraisemblance, qui fait pencher la balance en sa faveur.

Il faut surtout, dans les certificats, être sobre d'hypothèses susceptibles d'interprétations diverses; il faut apporter une très grande réserve quant au rapport de la lésion constatée avec la cause alléguée, si celle-ci n'est pas d'une évidence certaine. Le seul fait de la constatation d'une lésion, avec réserve sur son origine, entraîne déjà parfois de grosses conséquences, et le résultat qui intervient n'est pas toujours conforme à l'équité.

Un confrère me racontait naguère comment il avait été mystifié en matière de certificat : appelé près d'une malade paraplégique, il estime ne pouvoir refuser le certificat qu'on lui demande, il prend même la précaution de s'entourer de quelques renseignements auprès d'un médecin qui a donné ses soins antérieurement pour des contusions, contusions pour lesquelles cette malade se trouvait en procès et auxquelles elle attribuait son état d'impotence. Le tribunal, rapprochant les certificats du premier et du second médecin de toutes les bonnes raisons trouvées par l'avocat de la plaignante, alloue une indemnité de cinq mille francs pour dommages-intérêts. Mais la joie d'avoir gagné son procès guérit du coup la malade : il s'agissait d'une paraplégie hystérique !

Autre cas.— Un homme intelligent, versé dans les statuts des compagnies d'assurances et assuré lui-même à une compagnie contre les accidents, fait un jour une chute d'une échelle. Alité pendant un certain temps, il fait constater par certificat médical qu'il a de l'arthrite du genou et réclame à la compagnie. Un procès s'engage: trois experts sont nommés pour constater la lésion et la constatent effectivement. Par suite d'un rapprochement habile des circonstances qui plaident en sa faveur, le plaignant obtient dix mille francs de dommages-intérêts à cause de cette arthrite. — Mais ce qu'il s'est bien gardé de dire aux experts, et ce que la partie adverse n'a pu découvrir, c'est que déjà quinze ans auparavant il avait été soigné pour une arthrite du même genou également interminable. Non seulement il n'a pas convoqué, mais il a récusé peut-être, pour l'expertise, les médecins qui auraient pu apporter des éclaircissements sur l'origine de son affection !

Est-ce à dire que, dans la crainte d'erreurs ou d'ennuis, il ne faille jamais délivrer de certificats ? — En aucune façon. Il faut que justice soit rendue, et le médecin ne doit pas refuser ses lumières à la justice ; mais les quelques faits qu'entre mille je rapporte ici, parce qu'ils sont récents et locaux, démontrent que le médecin doit toujours être très prudent et très réservé, s'entourer de tous les renseignements possibles, ne pas délivrer de certificats à la hâte ou à la légère.

Si, après mûre réflexion, il croit de son devoir de délivrer un certificat, le médecin sera aussi concis que possible, il décrira avec précision la lésion constatée et sera sobre d'interprétations et d'hypothèses. Il se rappellera qu'un certificat est la simple attestation d'un fait, et que sa seule condition esssentielle est de contenir l'exacte vérité. Il ne tiendra compte des phénomènes purement suggestifs, que lorsqu'ils seront corroborés par d'autres signes plus palpables. Dans les cas graves et compliqués ou sujets à contestation, il n'assumera pas seul, s'il est possible, la responsabilité du certificat : il consultera un ou plusieurs confrères et agira de concert avec eux.

En ce qui concerne les suites de blessures et la durée d'incapacité de travail, il sera encore très réservé, ne donnera que des probabilités, se référera à un examen ultérieur pour plus de précision et notera que des complications plus ou moins imprévues peuvent venir modifier une première appréciation.

Dans ces conditions, le terrain restera assez élastique pour éviter les contradictions formelles avec d'autres certificats, pour se couvrir soi-même et couvrir des confrères contre tout aléa.

S'il faut terminer ce rapport par des conclusions pratiques, je formulerai les propositions suivantes :

1° Le médecin doit toujours apporter une grande circonspection dans la délivrance de tous certificats.

2° S'il croit devoir délivrer un certificat, il doit toujours formuler des réserves au sujet de complications ultérieures possibles et pouvant prolonger la durée de l'incapacité de travail, qui n'est fixée que d'une manière approximative.

3° Si un certificat est réclamé d'un médecin qui n'a pas fait les premières constatations, ni donné les premiers soins, ce certificat ne doit mentionner que les lésions réellement évidentes. Le second médecin doit d'ailleurs, si la chose est possible, renvoyer le blessé à son premier médecin ou s'entendre avec celui-ci.

4° S'il y a eu erreur évidente de durée ou autre sur le premier certificat, le second médecin doit sauvegarder les règles de la bonne confraternité, en couvrant le premier.

5° Ces conclusions ne constituent pas, à mon avis, une règle absolue : ce sont plutôt des conseils dont les médecins devront tenir compte. J'ajoute que le respect de la vérité et les droits du malade doivent, dans tous les cas, primer toute autre considération.

Dr Chaignot.

Protection de la santé publique.

Le projet de loi sur la protection de la santé publique, adopté avant sa séparation par la Chambre des Députés, a été transmis au Sénat.

La commission sénatoriale chargée d'examiner ce projet se compose de MM. Berthelot, *Président* ; Darbot, *Secrétaire* ; Léon Labbé ; Dethou ; Camescasse ; Desmoulins de Riols ; Lesouëf ; Cordelet et Cornil.

Nous avons publié le texte de ce projet de loi dans le numéro 27 (8 juillet 1893).

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de l'arrondissement de Caen.

15 *Avril* 1893.

Présents : MM. Barette, *Président*, Osmont, Gidon, Duvivier, Barthès, Fayel, Nourry, Hauttement, Collet, Tourmente, Vauquelin, Chotard, Tessel, Deschamps.

Excusés : MM. Bourienne, Léger, Dietz.

Le président annonce que les formalités du dépôt des statuts ont été régulièrement accomplies et que l'adhésion du syndicat à l'Union est définitivement établie.

Trois médecins exerçant dans des communes limitrophes de notre arrondissement ont demandé à entrer dans le syndicat. Ce sont

MM. Gourdier (de Bretteville-sur-Laize), Barbier et Gourdin-Servenière (de Thury-Harcourt). Ils sont élus à l'unanimité.

Assistance médicale des indigents.

M. Barthès donne lecture d'un projet très complet de règlement de l'assistance médicale dans les campagnes pour le Calvados. Le projet est adopté à l'unanimité.

M. le Président demande et obtient qu'il soit communiqué au Syndicat de Pont-l'Evêque avant d'être transmis à l'administration.

Recouvrement d'honoraires

L'assemblée choisit M. Badin, agent d'affaires à Caen, comme agent d'affaires du Syndicat.

17 *juillet* 1893.

Présents : MM. Barette, *Président*, Catois, Nourry, Duvivier, Léger, Osmont, Guiot, Vauquelin, Tessel, Dietz, Laville, Lemonnier, Gourdier, Gourdin-Servenière, Barbier.

Excusés : MM. Bouricnne, Fayel, Vigot.

Toute cette séance est consacrée à la lecture et à la discussion de la rédaction définitive du projet de loi de l'Assistance médicale des indigents dans les campagnes. Il est inutile de rapporter ici les petites discussions soulevées à propos de chaque article ; le projet se rapproche beaucoup de celui adopté dans la Loire-Inférieure et il est presque semblable à celui voté en seconde lecture par le Sénat.

Il est décidé que la rédaction définitive va être, dans le plus bref délai, présentée à M. le Préfet du Calvados et qu'on y adjoindra un formulaire de médicaments, avec un tarif dont la rédaction est confiée à MM. Charbonnier, pharmacien, professeur à l'Ecole de Médecine, et Mullois, pharmacien-droguiste à Caen.

Syndicat médical de la Vienne.

8 septembre 1893.

Présents : MM. Pouliot, *Président* ; Guilhaud, Jamin, Roland, Chédevergne, Ponteil, Lusseau, Malapert et Brossard.

Excusés : MM. Guitton, Dorvau, Barancy, Maillard, Contancin, Girault et Desminières.

Service militaire des Etudiants.

Le Syndicat, après avoir pris connaissance de l'article paru dans le Bulletin des Syndicats concernant le service militaire des étudiants en médecine, émet le vœu que les étudiants en médecine puissent être mis en sursis d'appel jusqu'à l'âge de 27 ans, pour pouvoir obtenir le diplôme de docteur en médecine ou le titre d'interne auprès d'une Faculté de médecine. Si, à l'âge de 27 ans, ils sont arrivés à obtenir leur titre de docteur ou d'interne, ils seront alors appelés à faire une année de service comme médecin auxiliaire, et seront ensuite nommés médecins dans la réserve.

M. le Dr Guilhaud présent s'engage à présenter ce vœu au Conseil général de la Vienne, dont il fait partie, et à l'appuyer de toutes ses forces.

Exercice de la pharmacie.

Après une courte discussion de la loi sur l'exercice de la pharmacie votée par la Chambre des députés, le Syndicat charge son Secrétaire d'écrire à l'Union des Syndicats pour qu'on envoie, à tous les membres syndiqués, un numéro spécial contenant la loi votée par la Chambre avec les commentaires la concernant, parus déjà dans le *Concours médical.*

Il nomme ensuite une Commission chargée d'étudier cette loi avant la réunion générale du mois d'octobre : cette Commission est composée des Drs Pouliot, Roland, Lusseau, Malapert et Brossard et se réunira chez le Dr Pouliot le 22 septembre prochain.

Elle devra s'occuper aussi des autres questions à l'ordre du jour, telles que les rapports des médecins avec les Sociétés de Secours mutuels, la Société de la ligue de la Prévoyance et de la Mutualité, et les Certificats pour assurances sur la Vie et Accidents.

Syndicat médical des Basses-Cévennes.

8 *novembre* 1893.

Présents: MM. Mazel, *Président* ; Galtier, *Vice-président* ; Nines, Maquet, Rocheblave, Jacob, Tarrou.

Excusés : MM. Bourguet, Tissonnière et Boutes.

M. le président ouvre la séance et prononce une allocution dans laquelle il fait part au syndicat de la mort de M. le Dr Auquier père, un des fondateurs et ancien président du syndicat, et propose d'adresser à sa famille l'expression de la vive sympathie de la Société. — *Adopté.*

Les Sociétés de secours mutuels.

Le syndicat, après avoir entendu le rapport de M. le Dr Tarrou sur ces Sociétés au point de vue des intérêts médicaux, en adopte à l'unanimité les conclusions, et décide que sa délibération sera transmise à l'union des syndicats :

1° Le prix de la visite ordinaire pour les membres des sociétés de secours Mutuels reste fixé à 1 fr. Ce prix de faveur est accordé en considération de ce fait, que le paiement des honoraires est garanti par les sociétés de secours Mutuels et régulièrement effectué.

2° Dorénavant seront payés au prix du tarif minimum adopté par le syndicat, les manœuvres des opérations de grande ou petite chirurgie, les visites de nuit *extra-muros*.

3° L'Admission dans les sociétés de secours mutuels, comme membres participants, de personnes manifestement aisées, portant un grave préjudice aux intérêts des médecins, ceux-ci, considérant que ces sociétés ne sont des institutions véritablement logiques que pour les ouvriers vivant au jour le jour, sur leurs salaires quotidiens, décident, qu'ils n'acceptent ce tarif de 1 fr. par visite que pour cette seule catégorie de sociétaires, et se réservent de réclamer aux membres, qui n'appartiennent pas à la classe des journaliers, le complément de la visite ordinaire, soit un franc.

Avis de cette décision sera donné aux bureaux des sociétés de secours mutuels, qui en informeront leurs adhérents.

Vœux.

Le syndicat émet les vœux suivants, qui seront transmis au Bureau de l'Union des syndicats:

1° Dégrèvement des chevaux, voitures et bicyclettes des médecins qui en usent comme instrument de travail.

2° Prix de faveur pour les enfants des médecins, dans les établissements d'Instruction de l'Etat, en raison des nombreux services que ce dernier

réclame des praticiens, le plus souvent à titre gratuit ou faiblement rétribué.

Le syndicat maintient pour l'année 1894 le Bureau sortant et décide qu'il n'y aura plus qu'une réunion par an, en mai.

Le secrétaire,
Dr TARROU.

REPORTAGE MÉDICAL

Mercredi 13 décembre a eu lieu, à l'Hôtel Continental, le Banquet annuel de la *Société de Médecine publique et d'hygiène professionnelle*, sous la présidence de M. *Levasseur*. Parmi les invités on remarquait MM. les préfets de la Seine et de Police, le président du Conseil municipal, M. Liard, M. Henri Monod, les chefs de service de l'Armée, de la Marine et des Colonies.

— Le Bureau de l'Académie de médecine pour 1894 a été renouvelé comme suit : M. le Dr Rochard, vice-président, prend le fauteuil de la présidence, et est remplacé par M. Empis ; secrétaire annuel, M. Cadet de Gassicourt ; MM. Fournier et Riche, membres du conseil.

— Parmi les médecins qui ont reçu des prix dans la séance de l'Académie de médecine du 12 décembre dernier, nous avons eu le plaisir de noter les noms des membres du Concours suivants :

MM. les Drs Desnos, de Paris ; Rougé, de Limour ; Delmas, de Bordeaux ; Audibert, de Toulouse ; Delobel, de Noyon ; Chaumier, de Tours.

— *Election à l'Académie.* — L'Académie a élu membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire M. Mégnin, par 54 voix sur 82 votants.

M. Raillet, présenté en première ligne, n'a obtenu que 26 suffrages.

— *Mutations dans les hôpitaux de Paris.* — Voici les changements qui vont se produire à partir du 25 décembre dans différents services : M. Rigal passe à l'hôpital Beaujon ; M. Gouraud, à la Charité, M. Huchard, à Necker ; M. Raymond, à la Salpêtrière ; M. Dreyfus-Brisac, à Lariboisière ; M. Cuffer à Necker ; M. Roques, à Bichat ; M. Chauffard, à Laennec ; M. Oulmont, à Laennec ; M. Muselier, à Broussais ; M. Josias, à la Pitié ; M. Juhel-Rénoy, à Cochin ; MM. H. Martin, Netter et Gilbert, à Tenon ; M. A. Petit, à Sainte-Périne ; M. Variot, à Debrousse ; MM. Babinsky et Siredey, à Aubervilliers ; M. Marie, au Danube.

— *Affranchissement des notes d'honoraires.* — Désormais, par arrêté ministériel, c'est à raison de cinq centimes par 50 grammes que sont tarifiés :

Les notes de frais et d'honoraires avec ou sans indications de la date et du mode de paiement ; les factures acquittées ou non ; les relevés de comptes ; les ordonnances médicales ; les certificats et documents analogues ; les quittances et reçus des sommes versées ; *à condition toutefois que ce ne soit jamais établi sous forme de lettre.*

Les cartes de visites avec nom, prénoms, qualité, profession, adresse, jours et heures de consultation sont admises au tarif des imprimés : c'est-à-dire 1 centime par 5 grammes jusqu'à 20 gr., 5 centimes de 20 gr. à 50 gr., pour les cartes sous bandes mobiles recouvrant le tiers de la carte ; et 5 centimes par 50 grammes pour les cartes sous enveloppe ouverte.

— *Congrès des sciences médicales à Lyon en* 1894. — Ce congrès, organisé par la Société de médecine de Lyon, comprendra une section de médecine et une section de chirurgie. Un certain nombre de questions seront proposées ; mais, de plus, une séance sera réservée aux questions en dehors du programme.

Il se tiendra dans la deuxième quinzaine d'octobre et durera une quinzaine de jours.

— *Le système métrique en Russie.* — Par décision impériale, les pharmaciens russes seront tenus, à partir du 1er janvier 1894, de faire leurs pesées d'après le système décimal.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

No 3842. — M. le Dr WAILL, à Beuzeval (Calvados), membre du Syndicat de Pont-l'Evêque.

No 3843. — M. le Dr LATIL, à Aix-en-Provence (B.-d.-Rh.), membre de l'Association des médecins des Bouches-du-Rhône.

No 3844. — M. le Dr JAMIN, à Liffré (I.-et-V.), membre de l'Association des médecins d'Ile-et-Vilaine.

No 3845. — M. le Dr SABATHÉ, à Saint-Branchs (Indre-et-Loire), membre du Syndicat d'Indre-et-Loire.

No 3846. — M. le Dr VACHER, à Saint-Denis-de-Piles (Gironde), membre de l'Association des médecins de la Gironde.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Viennent de paraître :

L'Islande et l'archipel des Færœr, *deuxième édition*, par M. le Dr Henry LABONNE, chargé de mission. — L'auteur, dont les travaux et les conférences sur la « terre de glace » ont été justement appréciés des personnes qui s'intéressent à la science géographique, nous conduit successivement à Reykjavik la capitale, aux Geysers qui lancent vers le ciel leurs colonnes d'eau bouillante, au fameux volcan de l'Hékla, dont il fait l'ascension ; dans le Nord habité des rennes, des phoques, des ours blancs, des renards bleus, etc., etc. Puis, revenant au Sud, nous partageons avec lui la vie de nos trois mille pêcheurs d'Islande, nous voyons leur dur labeur, nous tremblons aux dangers qu'ils courent, nous pleurons sur ces malheureux compatriotes qui viennent trop souvent, hélas ! terminer dans une tempête une existence dont le livre nous révèle les luttes courageuses et émouvantes. Passant au milieu des terres, nous traversons d'affreux déserts, nous franchissons maints grands fleuves à dos de cette merveilleuse petite bête qui se nomme le *poney islandais*, et que le Dr Labonne nous force à aimer tant il emploie d'expressions tendres à l'égard de son intelligente monture.

Les Boers (huttes des paysans) n'ont plus de secret pour nous. Nous en connaissons les habitants aux mœurs primitifs et patriarcales ; nous vivons au milieu d'eux plusieurs mois dans la nuit perpétuelle ; au printemps nous saluons par la petite fenêtre le retour du soleil qui quatre mois durant éclairera sans se coucher la prairie verdoyante ou le Joekull glacé aux cimes éblouissantes de neige immaculée.

Tout cela écrit avec un style vif, souple, facile et d'une mobilité si peu accoutumée qu'il semble que, comme l'auteur, l'on parcourt tout le pays de « glace et feu » au galop du cheval islandais.

Dès maintenant nous pouvons assurer à cette deuxième édition, ornée d'une magnifique carte et de gravures exécutées pour la plupart d'après les photographies prises par l'auteur lui-même, un grand succès.

Envoi franco contre un mandat de quatre francs.

Une Visite à l'Hôpital International.

M. Paul Hippeau examine, dans tous les détails, les conditions d'hygiène, d'asepsie, d'antisepsie qui doivent présider à la création et au fonctionnement d'un hôpital de chirurgie, et montre comment le docteur Péan a su faire du sien, à cet égard, le type idéal de l'Hôpital parisien. Un grand nombre de planches, plans, vues, appareils, facilitent la lecture du texte, que précède une lettre-préface de M. le docteur Pietra-Santa.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Quinzième année N° 52 30 Décembre 1893

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement de la fièvre typhoïde à l'aide de cultures stérilisées du bacille pyocyanique.

Le Dr Rumpf a expérimenté contre la fièvre typhoïde les injections de cultures stérilisées du bacille pyocyanique. Il s'est basé sur ce fait, bien établi aujourd'hui, que certaines maladies infectieuses peuvent préserver l'homme d'autres maladies infectieuses ayant des rapports plus ou moins étroits avec les premières.

Des essais faits d'abord avec des cultures d'un streptocoque ont donné des résultats négatifs. Par contre, les expériences pratiquées avec des cultures du bacille pyocyanique ont donné des résultats très encourageants. Nous ne pouvons que renvoyer à l'article original pour le détail de la préparation des cultures.

Les injections ont été faites dans la région fessière ; elles ont été très peu douloureuses. A la première injection, on a employé 1 demi-centimètre cube. Au bout de deux jours, on injectait 1 centimètre cube. Deux jours après cette seconde injection, on observait le plus souvent un abaissement marqué de la température et une diminution dans la fréquence du pouls. En outre, l'état général s'améliorait d'une façon remarquable — en particulier, la somnolence et le délire cessaient presque aussitôt.

Les injections devaient être répétées tous les deux jours, et on portait successivement la dose du bouillon de culture à 2, 4 et 6 centimètres cubes.

Les injections n'ont donné lieu à aucune réaction inflammatoire locale. Quelquefois, lorsque les doses étaient trop fortes, on pouvait noter une augmentation passagère de la fièvre et des frissons. Au moment où la fièvre commençait à baisser, il survenait le plus souvent des sueurs profuses.

Dans ces expériences cliniques, la fièvre et les autres symptômes de la maladie disparaissaient le plus souvent en l'espace de six à huit jours.

(*Bull. gén. thérap.*)

Le traitement de la neurasthénie.

M. le Dr *de Fleury* signale une méthode rationnelle de traitement de la neurasthénie, que nous reproduisons en la résumant. Cette méthode se compose de deux parties :

A. — *Règlement de vie.*

Lever à 6 heures, toilette sommaire.

De 6 1/4 à 8 h., travail intellectuel.

A 8 h. : friction au gant de crin ; premier déjeuner : deux œufs à la coque peu cuits, battus dans un verre et salés ; un peu de pain grillé.

A 8 h. 1/2, toilette définitive, lecture des journaux et des lettres.

Jusqu'à 11 h. 1/2, travail.

A 11 h. 1/2, repos dans la position horizontale, en chambre close loin du bruit.

A 12 h. déjeuner.

Sitôt après le déjeuner, repos d'une demi-heure dans une position telle que l'estomac ne soit aucunement gêné dans sa digestion.

Promenade de trois quarts d'heure ou une heure.

L'après-midi, que le malade consacrera à ses occupations habituelles, devra être encore coupée par une petite collation, et quelques minutes de repos dans la position horizontale avant le dîner. (C'est habituellement avant les repas, quand l'estomac est vide, que les neurasthéniques sont surtout irritables et fatigués.)

Le malade se couchera immédiatement après la dernière bouchée du dîner, ou bien après avoir marché une heure.

B. — *Régime alimentaire.*

Boire aux repas, alternativement, pendant 2 jours de l'eau d'Alet, pendant 2 jours de l'eau bicarbonatée sodique à 6 gr. par litre d'eau bouillie ou filtrée. (La dose de bicarbonate varie, bien entendu, selon le but à atteindre, saturation des acides de fermentation ou excitation de la sécrétion chlorhydrique.) Boire seulement un verre par repas.

Supprimer du régime toutes les préparations alcoolisées, les sucreries et les pâtisseries, les acides (vinaigre, oseille, tomates, fruits acides, etc.), les aliments gras, les fritures, la charcuterie (sauf le maigre de jambon), les mets épicés, les viandes noires, le gibier, les poissons lourds et gras, les sauces et les potages, la mie de pain.

Le malade pourra manger impunément : les viandes grillées et rôties, suffisamment cuites (viandes blanches surtout) ; presque tous les légumes verts (asperges exceptés) ; les légumes secs en purée ; les œufs, le maigre de jambon, les poissons légers bouillis ou grillés ; quelques gâteaux secs peu sucrés. Les aliments devront être préparés avec du beurre de bonne qualité en quantité minime : ils devront être plutôt salés.

Le lait n'est pas un bon aliment pour les neurasthéniques au début de leur traitement : il ne fait qu'entretenir la fermentation lactique. Il ne devient inoffensif qu'après une véritable cure de bicarbonate de soude.

Beaucoup de médecins interdisent le café : je crois que la plupart des neurasthéniques sont plutôt tonifiés par une petite tasse de café noir après le repas de midi La suppression de l'alcool est, à mon sens, d'une importance capitale : il ne tonifie que pour un moment, et la légère amélioration immédiate qu'il procure est bientôt suivie d'une réaction déplorable. La transfusion est un tonique absolument inoffensif et beaucoup plus efficace.

Le sérum employé en transfusions est ainsi composé :

Phosphate de soude.......	5 gr.
Sulfate de soude..........	8 gr.
Chlorure de sodium......	2 gr.
Acide phénique neigeux...	1 gr.
Eau stérilisée............	100 gr.

Ce régime a le triple avantage de supprimer les fermentations et les auto-intoxications digestives, de donner au malade un appétit tel qu'il se suralimente de lui-même, de régulariser son existence de telle sorte qu'il a chez lui, sans interrompre ses occupations, les avantages de la maison de santé sans aucun de ses inconvénients.

M. de Fleury a obtenu 17 succès sur 21 cas traités. En général, le traitement a duré au moins deux mois.

DERMATOLOGIE PRATIQUE

De l'acné pilaire.

L'étude de cette acné particulière est intéressante, parce qu'elle peut être méconnue et prise, au grand danger du malade, pour une syphilide papulo-pustuleuse ou tuberculo-pustuleuse.

Synonymes.— Ce ne sont pas les dénominations qui lui manquent. L'*acné pilaire* de Bazin n'est en effet pas autre chose que l'*acné varioliforme* des Allemands, l'*acné à cicatrices déprimées* de Besnier et Doyon, l'*acné frontale* ou *nécrotique* de Bock, l'*acné rodens* de Leloir et Vidal, l'*acné atrophique* ou *ulcéreuse* de Brocq, l'acné *Impetigo rodens* de Devergie, etc. Nous verrons tout à l'heure la raison de la plupart de ces dénominations.

Siège. — Les lésions sont généralement groupées au front, aux tempes, sur les parties voisines du cuir chevelu, le nez (et surtout les ailes et le sillon naso-génien) ; on l'a quelquefois notée aux sourcils et à l'espace intersourcilier.

Dans les formes diffuses, on l'a rencontrée dans la barbe et jusque sur le dos et le devant de la poitrine.

Mais comme les points les plus fréquemment atteints sont les *regions pilaires*, on comprend la raison du nom que lui a donné Bazin. Les lésions forment en général dans ce cas une bordure qui suit la naissance des cheveux.

Descrption. — Les éléments éruptifs sont des *papules* dont la grosseur varie depuis celle d'un grain de millet à celle d'un gros pois. Ces papules sont un peu rouges ou violacées, assez peu saillantes, *indolentes* ; à leur *centre,* apparaît bientôt une petite *pustule*, traversée ou non par un poil. Cette pustule s'*ombilique* rapidement, ce qui la fait vaguement ressembler à une pustule variolique (d'où le nom donné par les Allemands, mais qu'il ne faut pas confondre avec l'acné varioliforme de Bazin, qui n'est autre chose que le molluscum contagiosum de Bateman).

La pustule ombiliquée ne tarde pas à se couronner d'une *croûtelle*, jaune verdâtre, ou même un peu brunâtre, *impétéginiforme* (d'où le nom donné par Devergie), fort adhérente, occupant une *dépression*, et recouvrant une sorte d'*ulcération* (a. ulcéreuse de Brocq), qui est elle-même bientôt remplacée par une *cicatrice déprimée*, arrondie, indélébile (a. à cicatrices déprimées de Besnier), rouge vif au début, mais qui ne tarde pas à blanchir.

C. Boeck lui a donné le nom d'acné nécrotique, parce que, dans tous ses éléments éruptifs, il y a toujours *nécrose* du tissu conjonctif de la peau, d'où production d'une *ulcération* à bords taillés à pic, *au-dessous de la croûte.*

Etiologie. — On l'a considérée comme une manifestation de la syphilis, sans en donner de preuves bien concluantes. On a aussi voulu y voir une des nombreuses manifestations de l'arthritisme, en raison des *poussées*, *récidives* et *rechutes* incessantes qui la caractérisent et de l'influence des excitations alimentaires sur son développement, ou du retentissement des affections hépatiques, gastriques et intestinales sur sa genèse.

Bien que ce soit plutôt une affection de *l'âge adulte*, qu'elle ne débute pas ordinairement avant 30 ou 40 ans, j'ai eu l'occasion d'en voir chez des enfants. Peut-être serait-elle un peu plus fréquente chez les hommes.

Durée. — Son évolution est des plus lentes ; elle évolue par poussées successives.

Pronostic. — Cette maladie, qui n'a jamais de terminaison fatale, est d'une ténacité désespé-

rante. Elle couture de cicatrices toutes les régions sur lesquelles elle se développe.

Diagnostic. — Le diagnostic avec les syphilides impétigineuses, papulo-tuberculeuses et pustulo-tuberculeuses, avec la syphilide varioliforme (Ecthyma superficiel syphilitique avec ombilication au centre) est parfois très difficile, et, pour l'établir de façon ferme, il faudrait, à coup sûr, dépasser les limites de cet article.

Pour éliminer la syphilis, qui pourrait *seule* susciter quelques doutes, on se reporte aux symptômes généraux des syphilides ; à savoir : le début disséminé suivi de groupement, les bords festonnés, la disposition circonférentielle, la couleur variant du rouge cuivré au rouge orangé. Enfin les anamnestiques seront d'un grand secours, les syphilides papulo-tuberculeuses ou pustulo-tuberculeuses n'étant jamais le 1er symptôme d'une syphilis même ignorée.

Il est évident cependant qu'en l'absence de *tout* signe commémoratif, le diagnostic deviendrait des plus délicats.

Traitement. — On pourra *toujours*, dans le doute, et *sans préjudice* pour le malade, essayer d'un traitement ioduré (1 à 3 gr. par jour). Ce traitement inoffensif peut être suivi de succès.

En cas de non-réussite, on devra recourir au fer et à l'huile de foie de morue.

Localement, *au moment des poussées*, on aura recours aux douches pulvérisées tièdes, aux douches de vapeur, aux cataplasmes anodins.

La période inflammatoire calmée, on pourra recourir aux lotions ou pulvérisations mercurielles faibles (1 p. 10,000). Mais dans les formes *graves, rebelles*, on devra recourir à la cautérisation ponctuée au galvano-cautère et même à la rugination.

Enfin, *pour éviter les rechutes*, une hygiène sevère, un régime approprié serait de toute nécessité ; l'alimentation doit être simple : le vin, l'alcool, le café seront supprimés. Comme eaux de table, le malade prendra avec avantage, en alternant, pour éviter l'accoutumance, des eaux alcalines.

Dr Méneau.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La déclaration des Maladies épidémiques

Arrêté du Ministre de l'Intérieur 23 novembre 1893.

Le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur,

Vu l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892 ;
Vu l'article 21 de la même loi ;
Vu l'avis de l'Académie de Médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France ;
Sur la proposition du Conseiller d'État, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques.

Arrête :

Art. 1er. La liste des maladies épidémiques prévue par l'article 15 précité est dressée de la manière suivante :

1° la fièvre typhoïde.
2° le typhus exanthématique.
3° la variole et la varioloïde.
4° la scarlatine.
5° la diphthérie (croup et angine couenneuse).
6° la suette miliaire.
7° le choléra et les maladies cholériformes.
8° la peste.
9° la fièvre jaune.
10° la dysenterie.
11° les infections puerpérales, lorsque le secret au sujet de la grossesse n'aura pas été réclamé.
12° L'ophthalmie des nouveau-nés.

Art. 2. L'autorité publique, qui doit, aux termes de l'article 15 susvisé, recevoir la déclaration des maladies épidémiques est représentée par le Sous-Préfet et le Maire.

Les praticiens mentionnés dans le dit article 15 devront faire la déclaration à l'un et à l'autre, aussitôt le diagnostic établi.

Art. 3. La déclaration se fait à l'aide de cartes détachées d'un carnet à souche qui portent nécessairement la date de la déclaration, l'indication de l'habitation contaminée, la nature de la maladie désignée par un numéro d'ordre suivant la nomenclature inscrite à la première page du carnet. Elles peuvent contenir, en outre, l'indication des mesures prophylactiques jugées utiles.

Les carnets sont mis gratuitement à la disposition de tous les docteurs, officiers de santé et sages-femmes.

Ch. Dupuy.

Les Sociétés de secours mutuels.

Nous avons parlé déjà du rapport adressé, le 1er novembre 1893, au Président de la République par M. Dupuy, ministre de l'Intérieur. Ce rapport, outre la diatribe contre les médecins que nous avons cru devoir relever, contient des documents qui peuvent nous intéresser.

Au 31 décembre 1891, le nombre des sociétés approuvées ou reconnues comme établissements d'utilité publique était de 6.873, en augmentation de 189 sur l'année précédente.

Elles comptaient 184.343 membres honoraires — soit une augmentation de 5.146 sur 1890 — et 930.216 membres participants — augmentation de 18.261 membres.

Le chiffre de leurs recettes était de 21.685.719 fr. 68 et leurs dépenses de 18.956.588 fr. 83, mais alors que les recettes étaient, sur l'année précédente, en progression de 714.034 fr. 34, leurs dépenses accusaient une réduction de 434.555 fr. 51 et leurs fonds de réserve passaient de 55.804.012 fr. 94 à 59.112.342 fr. 59.

Les sociétés autorisées, qui ne doivent pas être confondues avec les précédentes, accusaient une progression de 81 avec un total de 2.551. Le nombre des membres participants était de 332.519, en augmentation de 12.512. Leurs recettes s'élevaient à 8.955.076 fr. 90, en progression de 661.921 fr. 21, et leurs dépenses à 6.992.222 fr. 21, en diminution de 12.716 fr. 21, malgré l'augmentation du nombre des sociétés et des sociétaires. Enfin leurs fonds de réserve de 31.793.474 fr. 93 à 33.245.874 fr. 96.

Le rapport, après ces constatations, analyse les causes de la prospérité des sociétés. Nous lisons :

Un fait à signaler également, c'est la diminution des dépenses par maladie, par tête de malade, pendant la période décennale de 1882 à 1892. La démonstration en est faite par les comparaisons annuelles comprenant les frais médicaux et pharmaceutiques et les indemnités quotidiennes de maladie.

Et un tableau montre en effet cette diminution.

Plus loin le rapport insiste sur la nécessité de réduire au strict nécessaire les dépenses pharmaceutiques et ajoute :

Il est bien certain que les médecins qui délivrent trop facilement des ordonnances aux membres des sociétés de secours mutuels, et surtout des médicaments trop chers, ne forment que l'exception et qu'ils ne se rendent pas suffisamment compte de la portée de leur complaisance ou de leur bienveillance.

Et la conclusion de tout ceci ? nos lecteurs la connaissent, c'est cette charge à fond contre les médecins qui émettent la prétention d'être honorés en raison des services rendus !

Les sociétés sont prospères, leurs dépenses diminuent, leurs réserves augmentent — ce ne peut être que le résultat de cette odieuse exploitation dont elles sont victimes de la part des médecins !

On parle souvent des haines de classes.— Qui donc ici les attire ? — Nous médecins, nous n'aurons, quand même et toujours, que de la bienveillance et de la pitié pour les déshérités de la fortune ; mais, du côté des mutuellistes, tiendra-t-on compte aux médecins des sacrifices qu'ils s'imposent ? leur continuera-t-on une reconnaissance et un respect qu'on a déjà trop de tendance à leur marchander ?

On exalte le membre honoraire, qui verse annuellement quelques francs de cotisation, et on ravale le médecin qui, payant de sa personne, paie plus que tous les autres, sous le prétexte qu'il ne peut se contenter des quelques centimes que lui rapporte sa visite.— Quelle est donc cette conduite ?

En vérité, ce n'est pas d'un bon augure pour l'avenir, et nous serions tentés de désespérer si, forts de notre bon droit, de notre abnégation et du profond sentiment de solidarité humaine qui fait le fond de notre caractère professionnel, nous n'étions en situation de dédaigner les élucubrations de tous les ronds de cuir de l'Administration.

BULLETIN DES SYNDICATS

Association Professionnelle des médecins de Rouen.

Présents : MM. de Welling, *Président*, Carliez, Debout, Réville, Douvre, Lireux, Pris, Gervais, Petitclerc, Rocher et Bouju.

Excusés : MM. Brunon et Giraud.

MM. Laniol et Prévost, ayant réuni la majorité des suffrages des membres présents, sont nommés membres de l'Association.

Bureau.

Conformément à la nouvelle rédaction de l'article 6 des statuts, il est procédé par vote aux modifications apportées dans la constitution du bureau, qui se trouve ainsi composé :

Président : M. de Welling.
Vice-président : M. Debout.
Conseillers : MM. Delabost et Cauchois.
Secrétaire : M. Bouju.
Secrétaire-adjoint : M. Carliez.
Trésorier-archiviste : M. Brunon.

Exercice par les médecins militaires.

Après un échange d'observations relatives à l'exercice de la Médecine civile par les Médecins militaires, et en particulier du tort fait aux Médecins de Saint-Sever par un médecin du 12e chasseurs, M. le Président invite ses Collègues lésés à trouver des documents sérieux établissant cette concurrence déloyale, et, alors, le bureau fera les démarches nécessaires pour qu'il soit fait droit à leurs légitimes réclamations.

Exercice de la pharmacie.

Après avoir pris connaissance de la nouvelle loi sur l'exercice de la pharmacie, l'Assemblée décide qu'à l'article 11 du projet on substitue la rédaction suivante :

Les Médecins établis dans les communes où il n'y a pas de Pharmacien peuvent fournir les médicaments aux malades auxquels ils donnent leurs soins et dont le domicile est éloigné de 4 kilomètres de toute pharmacie, mais sans avoir d'officine ouverte.

Dans ce cas, ils sont soumis à toutes les obligations résultant pour les Pharmaciens des lois et règlements en vigueur, à l'exception de la patente.

Pour satisfaire aux cas d'urgence, les Médecins, alors même qu'une ou plusieurs pharmacies existent dans la localité qu'ils habitent, sont autorisés à délivrer sur place certains remèdes dont la liste sera dressée par un règlement d'administration publique et dans les circonstances prévues dans ce même règlement.

L'article 12 du projet serait remplacé par le suivant :

Les Pharmaciens ne peuvent rien délivrer sans ordonnance, sauf les médicaments simples, non toxiques, dont la liste serait arrêtée par un règlement d'administration publique.

Les spécialités autres que celles approuvées par l'Académie de Medecine sont interdites.

L'article 13 du projet serait remplacé par le suivant :

Toute ordonnance sera copiée sur un registre *ad hoc*, timbré à la date du jour et rendu au client.

L'article 23 du projet serait remplacé par l'article 25 de la loi sur l'exercice de la médecine en l'appliquant aux pharmaciens.

Ces résolutions seront transmises au Président de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Un nouveau syndicat dans le Puy-de-Dôme.

Un syndicat départemental a été constitué, le 11 novembre 1893, dans le Puy-de-Dôme.

Soixante adhérents se sont fait incrire dès la première réunion.

Des statuts ont été votés et un Bureau a été élu.

BUREAU.

Président : M. le Dr Dourif, de *Clermont.*
Vice-Présidents : M. le Dr Bousquet ; M. le Dr Thomas, de *Billon.*
Secrétaire : M. le Dr Fouriaux (Paul), de *Clermont.*
Trésorier : M. le Dr Gautrez, de *Clermont.*

Membres du Conseil :

MM. les Drs Guillemin (pour Clermont), Faure (pour Riom), Veyret (pour Thiers), Batut (pour Issoire), Sollelis (pour Ambert).

REPORTAGE MÉDICAL

Rapport de M. le Professeur Potain sur les études médicales et le baccalauréat moderne. — Le ministre de l'Instruction publique ayant consulté la Faculté de médecine sur la question de savoir s'il convient d'adopter, comme donnant accès aux études médicales, le baccalauréat moderne, une commission a été nommée, et M. Potain chargé du rapport.

A l'unanimité, la commission a déclaré que le programme d'études correspondant au baccalauréat moderne ne constitue pas une préparation appropriée à l'étude de la médecine, et qu'il ne convient pas de l'admettre comme y donnant accès.

M. Potain base cette opinion, dans son rapport, sur plusieurs raisons, parfaitement présentées et bien documentées.

D'abord le vice radical de ce baccalauréat est la suppression des langues anciennes. Et cette connaissance est indispensable au médecin. Leur étude possède une vertu éducatrice spéciale que ne donne pas l'enseignement qu'on y voudrait substituer.

Le médecin a sans cesse à se servir de termes empruntés au grec et au latin ; sans la connaissance de ces deux langues, il lui sera très difficile de les comprendre, et très difficile de les retenir ; il sera obligé d'appliquer son intelligence et sa mémoire à des détails, au lieu de les réserver pour des sujets de plus haute importance.

M. Potain insiste sur l'influence des études anciennes pour donner au style la souplesse et la grâce qui ne sont pas des qualités à dédaigner quand il s'agit d'exposer des idées et de persuader. Il est nécessaire sans conteste, il est de plus en plus nécessaire de connaître les langues étrangères vivantes, parce qu'elles sont non seulement un agrément pour qui voyage, mais aussi un instrument de travail dont le médecin ne pourra bientôt plus se passer. Or, qui niera la facilité de connaître les langues latines pour celui qui a étudié le grec et le latin ?

Passant aux sciences physiques et mathématiques, le rapporteur dit qu'il suffit à l'étudiant d'avoir quelques notions des premières, puisqu'il doit les étudier à fond pendant sa première année de médecine.

Quant aux sciences mathématiques, leur connaissance approfondie n'est rien moins que nécessaire pour la résolution des problèmes si complexes de la médecine. L'expérience prouve, au contraire, que des esprits très brillants dans les études mathématiques, habitués à des déductions d'une logique absolue, se montraient mal préparés pour se plier aux exigences des problèmes médicaux, où le relatif l'emporte toujours sur l'absolu.

L'expérience a été faite de 1852 à 1858 : elle n'a pas donné de bons résultats.

Enfin, raison absolument décisive, il est, non pas utile, mais nécessaire aux médecins d'avoir une culture intellectuelle supérieure qui leur permette de faire écouter leur voix quand ils commanderont au nom de l'hygiène.

Le rapport de M. Potain sera certainement approuvé par tous ceux qui ne se bornent pas à envisager l'utilité immédiate des choses, et qui voient de plus haut. Si le médecin occupe dans la société un rang élevé, il ne le doit pas seulement à l'utilité de son rôle social, utilité parfois discutée (n'est-ce pas, chers augures... chers confrères, veux-je dire !). S'il n'est pas plus discuté, si on l'écoute avec confiance, il le doit surtout à sa haute culture intellectuelle, il le doit à l'élévation de son caractère ; et nous sommes de ceux qui sont persuadés que l'étude sérieuse des modèles antiques est nécessaire pour conserver cette suprématie. Ces idées, nous les avons trouvées heureusement résumées dans cette boutade humoristique d'un de nos plus distingués confrères exerçant à la campagne : « Du jour où le médecin ne connaîtra plus le latin, il deviendra l'inférieur du curé. » C'est la grâce que je ne vous souhaite pas. Amen !

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3847. — M. le Dr Labatut, à Dax (Landes), membre de l'Association médicale des Landes.

N° 3848. — M. le Dr Getten, à Pouillon (Landes), membre de l'Association médicale des Landes.

N° 3849. — M. le Dr Péringuey, à Bordeaux, membre de l'Association des médecins de la Gironde.

N° 3850. — M. le Dr Perrin, à Saint-Claude-sur-Bienne (Jura), membre de l'Association des médecins du Jura.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
Place de l'Ecole de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Viennent de paraître :

L'Islande et l'archipel des Færœr, *deuxième édition*, par M. le Dr Henry Labonne, chargé de mission.— L'auteur, dont les travaux et les conférences sur la « terre de glace » ont été justement appréciés des personnes qui s'intéressent à la science géographique, nous conduit successivement à Reykjavik la capitale, aux Geysers qui lancent vers le ciel leurs colonnes d'eau bouillante, au fameux volcan de l'Hékla, dont il fait l'ascension ; dans le Nord habité des rennes, des phoques, des ours blancs, des renards bleus, etc., etc. Puis, revenant au Sud, nous partageons avec lui la vie de nos trois mille pêcheurs d'Islande, nous voyons leur dur labeur, nous tremblons aux dangers qu'ils courent, nous pleurons sur ces malheureux compatriotes qui viennent trop souvent, hélas ! terminer dans une tempête une existence dont le livre nous révèle les luttes courageuses et émouvantes. Passant au milieu des terres, nous traversons d'affreux déserts, nous franchissons maints grands fleuves à dos de cette merveilleuse petite bête qui se nomme le *poney islandais*, et que le Dr Labonne nous force à aimer tant il emploie d'expressions tendres à l'égard de son intelligente monture.

Les Boers (huttes des paysans) n'ont plus de secrets pour nous. Nous en connaissons les habitants aux mœurs primitifs et patriarcales : nous vivons au milieu d'eux plusieurs mois dans la nuit perpétuelle et au printemps nous saluons par la petite fenêtre le retour du soleil qui quatre mois durant éclairera sans se coucher la prairie verdoyante ou le Joekull glacé aux cimes éblouissantes de neige immaculée.

Tout cela écrit avec un style vif, souple, facile et d'une mobilité si peu accoutumée qu'il semble que, comme l'auteur, l'on parcourt tout le pays de « glace et feu » au galop du cheval islandais.

Dès maintenant nous pouvons assurer à cette deuxième édition, ornée d'une magnifique carte et de 57 gravures exécutées pour la plupart d'après les photographies prises par l'auteur lui-même, un grand succès.

Envoi franco contre un mandat de quatre francs.

Une Visite à l'Hôpital International.

M. Paul Hippeau examine, dans tous les détails, les conditions d'hygiène, d'asepsie, d'antisepsie qui doivent présider à la création et au fonctionnement d'un hôpital de chirurgie, et montre comment le docteur Péan a su faire du sien, à cet égard, le type idéal de l'Hôpital parisien. Un grand nombre de planches, plans, vues, appareils, facilitent la lecture du texte, que précède une lettre-préface de M. le docteur Pietra-Santa.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MÉDICAL »

ANNÉE 1893

Cette table contient trois parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle. — III. Bulletin de l'Union des Syndicats.

I

Partie Scientifique

A

B

C

M

N

O

P

Q

R

S

T

II

Partie Professionnelle

(Consulter en outre, pour la plupart des questions professionnelles, la troisième partie résumant le BULLETIN DES SYNDICATS).

III

Bulletin des Syndicats

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX Frères, 3, place Saint-André.